TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr FÉLIX LEGUEU



PARIS

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

—

1912

TITRES
ET
TRAVAUX SCIENTIFIQUES

PREMIÈRE PARTIE

TITRES ET FONCTIONS

I

TITRES OBTENUS AU CONCOURS

1883. — Externe des hôpitaux.
1884. — Interne provisoire.
1885. — Interne des hôpitaux.
1887. — Aide d'anatomie de la Faculté.
1889. — Prosecteur provisoire à la Faculté.
1890. — Prosecteur titulaire.
1892. — Chef de clinique des Maladies des voies urinaires à la Faculté.
1895. — Chirurgien des hôpitaux.
1898. — Agrégé de la Faculté (Premier de la section de Chirurgie), spécialisé pour la Chaire de Clinique des Maladies des voies urinaires, 1902-1906.

II

PRIX ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES

1890. — Lauréat des hôpitaux (Médaille d'or de chirurgie. Prix de l'Internat, 1890).
1891. — Lauréat de la Faculté de Médecine (Prix des Thèses : médaille d'argent, 1891).

1891. — Lauréat de l'Académie de Médecine (Prix Alvarenga, 1891).
1899. — Lauréat de l'Académie de Médecine (Prix Huguier, 1899).
1899. — Lauréat de l'Institut (Prix Mège; Académie des Sciences, 1899).
1896. — Officier d'Académie.
1905. — Officier de l'Instruction publique.
1911. — Chevalier de la Légion d'honneur.
1911. — Lauréat de l'Académie de Médecine (Prix d'Argenteuil).

III

FONCTIONS ANTÉRIEURES

Une année d externat à Saint-Antoine (1884).

Quatre années d'internat à Cochin (1887), Trousseau (1888), Saint-Louis (1889) et Necker (1890).

Une année d'interne médaille d'or, Necker (1891).

Deux années d'adjuvat à la Faculté (1887-1889).

Trois années de prosectorat à la Faculté (1889-1892).

Trois années de clinicat à l'hôpital Necker dans la chaire du Professeur Guyon (1892-1895).

Huit années de chirurgien des hôpitaux (1895-1903).

Assistance de consultation à l'hôpital Saint-Louis de 1895 à 1901. Assistance de consultation à l'hôpital Necker de 1901 à 1903. En outre suppléance pendant les vacances de M. Reynier à Lariboisière (1895), de M. Nélaton à Saint-Louis (1895 à 1901), du Professeur Pozzi à l'hôpital Broca de 1896 à 1901.

Six mois de suppléance de la chaire de Clinique chirurgicale du Professeur Duplay à l'Hôtel-Dieu (semestre d'été 1901).

Quatre années d'assistance à Necker à la chaire de Clinique des Maladies des voies urinaires (1902 à 1906), et suppléance du Professeur Guyon pendant les vacances.

Chirurgien de l'hôpital Trousseau (de novembre 1903 à mars 1906).

Chirurgien de l'hospice de Bicêtre (de mars 1904 à décembre 1905).

Chirurgien de l'hôpital Tenon (de décembre 1905 à mars 1909).

Chirurgien de l'hopital Laënnec (depuis mars 1909).

Expert près les Tribunaux.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société Anatomique (1897).
Membre titulaire de la Société de Chirurgie depuis 1901.
Membre de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie.
Membre de l'Association française de Chirurgie.
Membre et ancien vice-président de l'Association française d'Urologie.
Membre de la Société internationale de Chirurgie.
Membre de la Société de Prophylaxie sanitaire et morale.
Membre du Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie (Rapporteur à la session de Rouen, avril 1906).
Membre du Congrès international de Médecine (Rapporteur à Paris, 1900, et à Lisbonne, 1906).
Membre associé national de la Société de Chirurgie de Lyon.
Membre associé étranger de la Société de Chirurgie de Bucarest.
Membre de l'Association internationale d'Urologie.
Membre de l'Association française pour l'étude du cancer.
Membre correspondant de l'Association espagnole d'Urologie.
Membre correspondant de la Société allemande d'Urologie (1911).

V

SERVICES DANS L'ENSEIGNEMENT

Enseignement de l'anatomie et de la médecine opératoire comme prosecteur pendant trois ans (1889-1892).
Conférences de Pathologie externe à la Faculté de Médecine (Semestre d'hiver 1898).
Cours complémentaire de Pathologie externe à la Faculté de Médecine (Semestre d'été 1900).
Cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, en remplacement du Professeur Duplay (Semestre d'été 1901).
Chargé de Cours de clinique annexe depuis 1909.

VI

ENSEIGNEMENT DE L'UROLOGIE

Cours de clinique des Maladies des voies urinaires pendant les vacances de 1901 à 1906.

Cours complémentaire des Maladies des voies urinaires.

En 1901, le Professeur Guyon venait de me rappeler près de lui comme assistant et de me désigner au choix de la Faculté comme agrégé spécialisé de sa chaire : je lui proposai d'instituer, à côté de lui et sous son autorité, un enseignement théorique de l'Urologie. Cet enseignement n'était alors donné nulle part à la Faculté sous la forme suivie, complète et pratique que je voulais lui assurer, et je pensais en l'instituant apporter au cours magistral de Clinique un complément utile aux élèves et aux praticiens.

Je voulais faire ce cours à l'hôpital, pour profiter du voisinage des malades, pour utiliser au besoin les pièces du musée, les coupes du laboratoire, pour ajouter à mes leçons tout ce qui pouvait les rendre plus pratiques et plus vivantes, et associer enfin deux enseignements, qui, loin de s'exclure, doivent se compléter.

J'obtins de mon Maître l'encouragement espéré, et de la Faculté, l'autorisation nécessaire; et c'est ainsi que pendant cinq ans j'ai pu, dans mes cours du dimanche, passer en revue et enseigner aux élèves la Pathologie urinaire tout entière.

Cours de clinique urologique à l'hôpital Laënnec, le jeudi de chaque semaine, de 1909 à 1912.

Cours de chirurgie urinaire à Clamart, 1907, 1908, 1909, et 1910.

Depuis quatre ans, mon collègue Sébileau, m'a chargé de faire à Clamart. pendant le semestre d'été, un cours de technique chirurgicale concernant exclusivement l'Urologie et dans lequel toutes les opérations urologiques sont pratiquées et commentées devant les élèves.

Cours de Cystoscopie et de Cathétérisme des uretères.

Dans le courant de l'année 1911-1912, j'ai fait faire par M. Papin, mon assistant, et sous ma direction, une série de leçons pratiques destinées à vulgariser la technique de la Cystocopie et surtout du Cathétérisme des uretères.

DEUXIÈME PARTIE

TRAVAUX ET PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

(LISTE CHRONOLOGIQUE)

Année 1887

De la dyspnée dans le cancer du pharynx. — *Gazette médicale*, 1887, p. 525.

Anévrisme valvulaire, abcès sous-endorcardique. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXI[e] année, 1887, p. 515.

Epilepsie jacksonienne. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXI[e] année 1887, p. 771.

Année 1888

Ostéosarcome du bassin avec oblitération comp ète de la veine cave inférieure d'origine néoplasique. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXII[e] année, 1888, p. 551.

Tumeur tuberculeuse du lobe gauche du cervelet. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIII[e] année 1888, p. 22.

Cancer de l'œsophage et gastrostomie. — *Gazette médicale* 1889, n° 23, p. 270.

Année 1889

Des résections dans l'ostéomyélite des os longs. — *Gazette des hôpitaux*, 1889, n° 143, p. 1301.

Année 1890

Des hématocèles enkystées du cordon spermatique (vaginalites funiculaires hémorragiques). — *Archives générales de médecine*, 1890, vol. I, p. 183 et 307.

Année 1891

Des névralgies rénales. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre et novembre 1891.

Anatomie chirurgicale du bassinet et exploration intérieure du rein. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juin et juillet 1891.

Anomalie de la main. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVIe année, t. V, 1891, p. 135.

Des lésions septiques des reins calculeux. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVIe année, t. V, 1891, p. 101.

Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical. — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1890. (Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine. Prix Alvarenga de Piauhy, 1891, et par la Faculté de Médecine : médaille d'argent, 1891.)

De la suture primitive et totale de la vessie après la taille hypogastrique chez l'enfant. — *VIe Congrès français de chirurgie*, Paris, 1891, p. 388.

Année 1892

De la suture primitive de la vessie après la taille hypogastrique. — *Gazette des hôpitaux*, 1892, n° 81, p. 761.

Epiplocèle adhérente simulant la tuberculose du testicule. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1892, p. 517.

Double anomalie rénale. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVIIe année, t. VI, 1892, p. 19.

Des aponévroses de la paume de la main. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVIIe année, t. VI, 1892, p. 383 (En collaboration avec M. Juvara).

La situation du cæcum chez l'enfant. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVIIe année, t. V, 1892, p. 55 à 69.

Hydronéphroses ouvertes et hydronéphroses fermées (En collaboration avec Albarran). — *VIe Congrès français de chirurgie*, Paris, 1892, p. 561.

Année 1893

Sonde à demeure et infection urinaire. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, janvier 1893, p. 37.

Note sur une tumeur pédiculée de la prostate. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, décembre 1893, p. 897.

Lithiase urinaire expérimentale. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 59.

Nouvelle valve pour la taille hypogastrique. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 367.

Fistule urétro-rectale traumatique. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 300.

Les indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques de l'urètre. (En collaboration avec M. Cestan.) — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1893, p. 655.

Phlébite urétrale et périurétrite. (En colloboration avec M. Nogués.) — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, novembre 1893, p. 823.

Cystostomie dans le cancer de la prostate. — *Gazette hebdomadaire*, 1893, n° 34, p. 401.

De l'excision des abcès urineux. — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1893, n° 17, p. 201.

Gomme du testicule. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVIIIe année, t. VII, 1893, p. 498.

Hématocèle pelvienne ouverte dans l'intestin grêle et dans le rectum. (En collaboration avec M. Reblaub.) — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVIIIe année, t. VII, 1893, p. 92.

Année 1894

De l'intervention dans la péritonite tuberculeuse. — *Semaine médicale*, 1894 n° 9, p.6 5.

Périurétérite. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1894, p. 590.

Occlusion intestinale post-opératoire. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIX° année, t. VIII, 1894, p. 474.

Chirurgie du rein et de l'uretère. — (1 vol. Collection Charcot-Debove) Paris, Rueff, 1894.

Hystérectomie vaginale pour inversion utérine irréductible. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIX° année, t. VIII, 1894, p. 421.

Résection du sommet de la vessie pour un néoplasme infiltré. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIX° année, t. VIII, 1894, p. 287.

Corps étrangers de la vessie. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIX° année, t. VIII, 5° série, 1894, p. 137.

Anurie calculeuse opérée au 5° jour. Incision du rein et extraction d'un calcul urétéral. Suture totale du rein. Guérison. — *Académie de Médecine*, 1894.

Année 1895

De l'anurie calculeuse. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 865.

Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein. — *Presse médicale*, 17 août 1895, p. 321.

Des calculs de la portion prostatique de l'urètre. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 769.

Du drainage périnéal dans les cystites rebelles. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 1065.

Trois observations de cathétérisme rétrograde pour rétrécissement infranchissable. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 304.

Note sur un épithélioma hétéradénique de la région rétro-anale. (En collaboration avec **M. Marien.**) — *Bulletins de la Société anatomique*, LXX° année, 5° série, t. IX, 1895, p. 661.

Anatomie pathologique du rein mobile. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXe année, 3e série, t. IX, 1895, p. 565.

Des hernies musculaires. — *IXe Congrès français de Chirurgie*, 1895, p. 699.

Des opérations testiculaires dans le traitement de l'hypertrophie prostatique. — *IXe Congrès de Chirurgie*, 1895, p. 569.

Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère. — *IXe Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1896, p. 515.

Des occlusions intestinales post-opératoires. — *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux*, 1895, et *Gazette des hôpitaux*, 23 novembre 1895.

Année 1896

Des sarcomes primitifs de la clavicule. — *Archives internationales des Sciences médicales*, janvier 1896, n° 1.

Des rapports entre les testicules et la prostate. — *Archives de Physiologie normale et pathologique*, janvier 1896, n° 1.

Nouveau procédé d'hystéropexie abdominale. — *Semaine gynécologique*, 1896, n° 41, p. 321.

Synovite tuberculeuse à forme végétante et hypertrophique. — *Presse médicale*, 1897, 26 juin, n° 60, p. 37.

Des fistules recto-périnéales. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1897, n° 5, p. 769.

Relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juillet 1897, n° 7, p. 681.

Traitement de l'urétrite blennorrhagique par l'airol. (En collaboration avec M. Lévy.) — *Presse médicale*, 1896, n° 91, p. 595.

Émasculation totale pour cancer de la verge. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1896, n° 6, p. 563.

Fibrosarcome du nerf sciatique. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIe année, 5e série, t. X, 1896, p. 264.

Invagination intestinale. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIe année, 5e série, t. X, 1896, p. 161.

Contusion de l'abdomen. Rupture d'un kyste hydatique du foie. (En collaboration avec Diriar.) — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIe année, 5e série, t. X, 1896, p. 538.

Du rôle de l'inflammation dane le développement d'une variété de fibromyomes utérins. (En collaboration avec M. Marien.) — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIe année, 5e série, t. X, 1896, p. 329.

Kyste wolfien du ligament large. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896, LXXIe année, 5e série, t. X, fasc. 3, p. 96.

Parotidite tuberculeuse. (En collaboration avec M. Marien.) — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896, LXXIe année, 5e série, t. X, p. 14.

Note sur une tumeur déciduale de l'utérus. (En collaboration avec M. Marien.) — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIe année, 5e série, t. X, 1896, p. 594.

Tuberculose de la parotide. (En collaboration avec M. Marien.) — *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, 1896, p. 857; et *Presse médicale*, 1896, n° 57, p. 338.

Les escarres sacrées consécutives à l'hystérectomie vaginale. — *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux*, 1896.

Étranglement du testicule par torsion du cordon spermatique. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXII, 1896; et *Presse médicale*, 18 juillet.

Valeur comparative de la ponction hypogastrique et de l'incision sus-pubienne dans le traitement des rétentions aiguës d'urine. — *Ire Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1896.

Nouveau procédé d'urétrotomie externe chez la femme. De la voie sous-symphyeaire pour aborder l'urètre féminin. — *IIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, Doin, 1897.

Restauration de l'urètre chez la femme. — *Xe Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1896, p. 932.

Année 1897

Laparotomie pour occlusion intestinale (Rapport de Broca). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXIII, 1897, p. 340 et 498.

Infection urinaire et infection puerpérale. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 5 juin 1897, n° 23, p. 353.

Traitement de l'urétrite chronique aseptique par les hautes dilatations. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1897, n° 48, p. 753.

De l'eucaïne en chirurgie. (En collaboration avec M. Lihou.) — *Gazette des hôpitaux*, 18 février 1897.

Des éléments glandulaires dans les fibromyomes de l'utérus. (En collaboration avec M. Marien.) — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. XLVII, février 1897, p. 134.

Cancer kystique dans nn rein mobile. — *Bulletin de la Société anatomique*, 16 mai 1897, et *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897, p. 128.

De l'appendicite. — *L'œuvre médico-chirurgical*, n° 1, Paris, Masson et Cie, 1897.

Hernie congénitale avec imperforation du vagin. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIIe année, 5e série, 1897.

Enfoncement de la voûte du crâne. (En collaboration avec M. Couvelaire.) — *Bulletins de la Société anatomique*, 1897, LXXIIe année, 5e série, t. XI, p. 32.

Du varicocèle dans les tumenrs du rein. — *IIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, Doin, 1897.

Castration et hypertrophie prostatique. — *IIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1897, p. 121.

De la néphrotomie. — *XIIe Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1897, p. 79.

Année 1898

Luxation irréductible et ancienne de l'astragale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIV, 1898, p. 1042. (Rapport de M. Reynier, 29 mars 1899.)

Évidement pelvien avec ligature de l'iliaque primitive. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIV, 1898, p. 1047.

Plaie du foie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIV, 1898, p. 1204.

Appendicites néoplasiques. (En collaboration avec M. Beaussonat.) — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, n° 2.

De la torsion des salpingites. (En collaboration avec M. Chabry.) — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, n° 1, février 1898.

De la colpotomie dans les suppurations annexielles. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 25 octobre 1898

Traité médico-chirurgical de Gynécologie. (En collaboration avec M. Labadie-Lagrave.) — Paris, Alcan, 1898, 1220 pages (Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, 1899, prix Huguier; par l'Académie des Sciences, prix Mège, 1899).

Cystite exfoliante. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIII[e] année, 5[e] série, t. X, 1898, p. 440.

Kyste hydatique rétro-vésical. — *III[e] Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1898, p. 312.

Des fistules urétrales chez la femme. — *III[e] Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1898, p. 312.

De l'hystérectomie abdominale totale dans les lésions suppurées des annexes. — *XII[e] Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1898, p. 225.

De l'autoplastie par glissement du sein. — *XII[e] Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1898, p. 660.

Année 1899

Des opérations conservatrices dans la tuberculose testiculaire. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 10 octobre 1899.

De la pyométrie, complication du cancer de l'utérus. (En collaboration avec M. Rebreyend.) — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, octobre 1899.

Traitement de l'appendicite. — *L'œuvre médico-chirurgical*, n° 18, Paris, Masson et C[ie], 1899.

Contusion artérielle et anévrisme traumatique. (En collaboration avec M. Meslay.) — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIV[e] année, 6[e] série, t. 1, 1899, p. 471.

Corps étranger du rectum. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIV[e] année, 1899, 6[e] série, t. 1, p. 472.

Un cas d'urétéro-cysto-néostomie pratiquée au cours d'une hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXV, 1899, p. 1069.

Des hématuries essentielles. (En collaboration avec M. Malherbe.) — *Rapport présenté à la IV[e] Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1899, p. 7.

Kystes tubo-ovariens. — *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, Paris, 1899, p. 142.

De l'hystérectomie abdominale totale. — *XIII[e] Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1899, p. 211.

Du traitement de l'hydrocéle par l'inversion de la vaginale. — *XIII[e] Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1899, p. 664.

Un cas d'actinomycose cervico-faciale. — *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 9 mars 1899.

Année 1900

De la torsion des salpingites. — *Presse médicale*, 20 janvier 1900, n° 37.

Pathogénie des kystes tubo-ovariens. (En collaboration avec M. Cabaniols.) — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, n° 13, p. 419.

De l'anesthésie par injection lombaire intrarachidienne de cocaïne et d'eucaïne. (En collaboration avec M. Kendirdjy.) — *Presse médicale*, 27 octobre 1900, p. 299.

Art. Vessie, Urétre, Infection, Pénis. — *Traité de Chirurgie clinique et opératoire* de MM. Le Dentu et Delbet, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1900.

Néphrectomie avec urétérectomie totale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVI, 1900, p. 241.

Cathétérisme rétrograde avec suture totale de l'urètre. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVI, 1900, p. 241.

Perforation de l'intestin au cours d'une fièvre typhoïde. Laparotomie. Guérison. (Rapport de Lejars.) — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXVI, 1900, p. 1105.

De la récidive des grossesses extra-utérines. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1900, p. 324.

Du cathétérisme rétrograde dans les ruptures traumatiques de l'urètre. — *XIII[e] Congrès international de Médecine*, Paris, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 352.

Des opérations conservatrices dans les rétentions rénales. — *XIII[e] Congrès international de Médecine*, Paris, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 43.

Intervention dans les tuberculoses urinaires. — *XIII[e] Congrès international de Médecine*, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 136.

Réparation des plaies de la vessie. — *XIII[e] Congrès international de Médecine*, Paris, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 165.

Fistules vésico-vaginales : Traitement par le procédé du dédoublement. — *XIIIe Congrès international de Médecine*, Paris, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 166.

Résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie prostatique. — *Rapport présenté au XIIIe Congrès international de Médecine*, Paris, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 220.

Traitement des rétrécissements de l'urètre. — *XIIIe Congrès international de Médecine*, Paris, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 349.

Année 1901

Du choix de l'opération dans le traitement des inflammations chroniques des annexes. — *Union médicale du Canada*, Montréal, 1901.

Des indications de l'opération dans les salpingites chroniques. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 25 avril 1901, n° 8.

Indications thérapeutiques dans les luxations anciennes de l'épaule. — *Semaine médicale*, 29 mai 1901, n° 23, p. 177.

La rachicocaïnisation. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 569.

Kyste hydatique du rein. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 681.

A propos du traitement des pyélonéphrites aiguës ou chroniques. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 700.

Ruptnre de la paroi abdominale par contusion; éventration consécntive. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 792.

Tuberculose rénale greffée sur une hydronéphrose ouverte. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 852.

Persistance du diverticule de Meckel. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 896.

Boite métallique pour la stérilisation sous pression des objets de pansement. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 987.

Deux cas de mort immédiate par rachicocaïnisation. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 1002.

Plaie de la moelle avec suture. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 109.

A propos du rein mobile. — *Ve Session de l'Association française d'Urologie*, Paris 1901, p. 168.

Volumineuse hématonéphrose. Cryoscopie. — *Ve Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1901, p. 484.

Rein tuberculeux et rétention rénale simultanés (Tuberculose et hydronéphrose). — *Ve Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1901, p. 493.

Deux cas d'hépatectomie pour syphilis. — *XIVe Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1901, p. 607.

Hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin. — *XIVe Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1901, p. 666.

Hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus au huitième mois de la grossesse. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynecologie et de Pédiatrie*, 1901, p. 19.

Kyste dermoïde tordu chez une petite fille de onze ans et demi. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 22 avril 1901, p. 103.

Année 1902

Taille périnéale et prostatectomie. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1902, p. 897.

Leçons de Clinique chirurgicale. — (Hôtel-Dieu, 1901), 1 vol. in-4°, 454 pages et 73 fig., Paris, Félix Alcan, 1902.

Aiguilles obliques à pédale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 30.

Perforations multiples de l'intestin. Laparotomie. Guérison. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 53.

Tubes pour la stérilisation et la conservation du catgut dans l'alcool. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 57.

Nouvelle sonde pour le tamponnement des cavités. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 207.

Phlegmon gangreneux du scrotum par appendicite herniaire. Rapport sur une observation de Morestin. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 366.

Sur le traitement du cancer par le sérum de Wlaëff. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 455.

Occlusion intestinale post-opératoire. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 479.

Prostate et calculs vésicaux multiples extraits par la voie périnéale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 674.

Séparation des urines dans une vessie de 18 grammes. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 796.

Diagnostic de la grossesse extra-utérine rompue et de l'appendicite. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 923.

De la prostatectomie périnéale. — *Bulletins et Mémoires do la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 954.

Plaie de l'artère sous-clavière et du plexus brachial par coup de couteau. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 400.

Doigtiers avec protecteur pour la main. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 556.

Compresseur intestinal. — *Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 555.

Perforation spontanée d'un abcès appendiculaire. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 946.

Calcul de la portion pelvienne de l'uretère. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 1132.

Urétrotomie externe pour urétrite scléreuse chez la femme. — *VIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1902, p. 223.

Technique de la taille hypogastrique. — *VIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1902, p. 526.

A propos de la néphrectomie. — *VIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1902, p. 177.

Prostatectomie périnéale. — *VIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1902, p. 350.

Résultats cliniques de la séparation intra-vésicale des urines avec le diviseur gradué. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *VIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1902, p. 615.

De la séparation intra-vésicale des urines dans les hématuries. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *VIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1902, p. 624.

Des inconvénients de la séparation intra-vésicale des urines. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *VIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1902, p. 627.

Une modification à la technique de la taille hypogastrique pour papillome. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *VIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1902, p. 538.

Année 1903

De l'adrénaline dans la chirurgie des voies urinaires. (En collaboration avec M. Pasteau.) — *Journal international de Médecine et de Chirurgie*, 25 février 1903.

Résultats cliniques de la séparation endovésicale des urines avec le diviseur gradué. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903, n° 1.

La voie vagino-périnéale dans la cure des fistules recto-vaginales supérieures. — *Presse médicale*, 1903, n° 68, p. 640.

L'ablation de l'urètre antérieur chez la femme avec urétrotomie vaginale. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1903, p. 1201.

La taille sous-symphysaire chez la femme pour l'extraction de certains corps étrangers. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1903, p. 1861.

Sur l'appendicite. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXIX, 1903, p. 223.

Résection du condyle pour ankylose de la mâchoire. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 42.

Exclusion de la plus grande partie de l'intestin. Rapport sur une observation de Vanverts (de Lille). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 610.

De la cholédochotomie avec suture. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 672.

La voie vagino-périnéale pour la cure des fistules recto-vaginales supérieures. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 793.

Désenclaveur prostatique. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 888.

Corps étranger (aiguille) de l'urètre. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1000.

Taille sous-symphysaire pour corps étrangers de la vessie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1000.

De l'hystérectomie totale et subtotale dans le traitement des fibromes utérins. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1028.

A propos de la technique de l'opération pour rupture de l'urètre postérieur. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1060.

Plaie simultanée du foie et de l'artère fémorale par balle de revolver. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXIX, 1903, p. 1063.

A propos de la blessure de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1143.

Prostatectomie hypogastrique. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1150.

Splénectomie pour endothéliome de la rate. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1176.

Anévrisme diffus du creux poplité, section de l'orifice circulaire et développement d'un second anévrisme. Résection très étendue de l'artère et de la veine. Rapport sur deux observations de Lefort (de Lille). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1176.

La prostatectomie périnéale. — *VIIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1903, p. 530.

La taille médio-transversale. — *VIIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1903, p. 592.

Des fistules hypogastriques consécutives à la taille. — *VIIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1903, p. 600.

Fistule urinaire à la suite d'une néphrorraphie. — *VIIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1903, p. 696.

L'ouverture sous-pubienne de la vessie pour calculs par abaissement de la verge. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *VIIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1903, p. 594.

Néphrectomie et spermatogenèse. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *VIIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1903, p. 701.

Des ruptures des collections tubaires au cours du palper abdominal. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1903, p. 83.

Année 1904

Le rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1904, p. 1361.

De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1904, p. 1441.

Torsion du cordon spermatique sans ectopie testiculaire. (Rapport sur une observation de Souligoux.) — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 49.

Appareil de marche pour fracture de cuisse. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 118.

Pathogénie de l'hydronéphrose intermittente. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 415.

Trépanation tardive pour ramollissement cérébral traumatique. Rapport sur une observation du D[r] Ardouin (de Cherbourg). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 431.

Contusion du rein. Néphrotomie. Guérison.

Castration abdominale pour troubles dysménorrhéiques avec imperforation du vagin. Rapport sur deux observations de Fournier (d'Amiens). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 591.

Corps étrangers de la vessie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 606.

Sur la prostatectomie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 631.

Étranglement de l'appendicite dans une hernie crurale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 1037.

Résultats de la prostatectomie. — *VIIIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1904, p. 327.

Interventions pour néphrite hématurique. — *VIIIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1904, p. 680.

De l'excrétion des reins malades étudiés avec le diviseur des urines. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *XIIIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1904, p. 621.

Molluscum pendulum opéré pendant la grossesse. (En collaboration avec M. Morel.) — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1904, p. 131.

Phlegmon périnéphrétique gauche pendant la puerpéralité. Incision. Fistules persistantes. Néphrectomie au cours d'une seconde grossesse. (En collaboration avec Lepage et Couvelaire.) — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1904, p. 145.

Des pyélonéphrites dans leurs rapports avec la puerpéralité. Rapport présenté à la session de Rouen (9 avril 1904) du *Congrès d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie.*

Année 1905

Les rétrécissements traumatiques de l'urètre. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 10 janvier 1905.

De la récidive des papillomes de la vessie. — *Bulletin médical*, 30 août 1905, n° 66, p. 743.

Deux observations de chorio-épithéliome. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 38.

De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 136.

Corps étrangers de la vessie. Rapport sur deux observations de Barnsby (de Tours). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 288.

Deux prostates enlevées par la méthode de Freyer. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 302.

Luxation antérieure et ancienne du coude. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 396.

Luxation récidivante de l'épaule traitée par la capsulorraphie avec fils non résorbables. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 573.

De la conservation des ovaires et de l'utérus au cours de l'ablation des salpingites. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 577.

Sur les formes anatomiques de la tuberculose du cæcum. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 610.

Guérison par la prostatectomie périnéale d'une rétention complète datant de 17 ans. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 863.

Sur la paralysie stomacale aiguë post-opératoire. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 974.

De la chloroformisation avec l'appareil de Ricard. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 1130.

Des indications dans le traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. — *IXe Session de l'Association française d'Urologie*, 1905, p. 220.

Traitement préventif de l'anurie cancéreuse. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1905, p. 262.

Année 1906

L'anurie calculeuse. — *Journal des Praticiens*, 1906, n° 8, p. 118.

La lithiase rénale et la colique néphrétique. *Journal de Médecine internationale*, n° 4, 15 février 1906.

La cystite tuberculeuse. — *La Clinique*, 23 mars 1906.

Tuberculose uro-génitale. — *Journal de Médecine internationale*, n° 8, 15 avril 1906.

Le rein mobile. — (1 vol. des actualités médicales), J.-B. Baillière et fils, Paris, 1906.

Le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique. — In-8, Paris, Steinheil, 11 figures, 1906.

Nouvelle méthode de stérilisation du catgut. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906.

Calculs mobiles du rein et de l'uretère. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906, p. 357.

Gliosarcome du cerveau. Opération. Guérison. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906.

De la prostatectomie. — *Société internationale de Chirurgie*, Bruxelles, septembre 1905.

De l'examen chirurgical des reins. — *Société internationale de Chirurgie*, Bruxelles, septembre 1905.

Les calculs du rein et de l'uretère. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1906, 13 juin, n° 25, p. 391.

De la tuberculose génito-urinaire. — *Presse médicale*, 1906, n° 49, p. 389.

La lithiase rénale. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1906, p. 515.

Prostatectomie transvésicale avec suture de la vessie à l'urètre et réunion par première intention. Rapport sur une observation de Pierre Duval. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906, p. 651.

Résultat éloigné d'une urétéro-cystonéostomie pour rétrécissement de l'uretère. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 666.

Kyste de l'ovaire chez un enfant de 3 ans. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 789.

De la réparation en deux temps des pertes de substances traumatiques ou opératoires de l'urètre périnéal. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 816.

Migration d'un dentier à travers le tube digestif. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 873.

Ruptures traumatiques de l'urètre périnéal. Résultats opératoires. Rapport sur trois observations de Savariaud. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906, p. 883.

A propos de la prostatectomie transvésicale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 889.

Plaies du foie *XIX° Congrès de Chirurgie*, Paris, 1906. *Procès-verbaux, Mémoires et Discussions*, p. 159.

Pathogénie de l'hydronéphrose. — *X° Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, octobre 1906. *Procès-verbaux, Mémoires et Discussions*, p. 97.

Perfectionnements à la prostatectomie hypogastrique. — *X° Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, octobre 1906. *Procès-verbaux, Mémoires et Discussions*, p 338.

Plaie grave de la rate par coup de couteau guérie par la splénectomie. Rapport sur une observation de Barnsby (de Tours). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 1084.

Les grandes hématuries. — *Concours médical*, septembre 1906, et *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1907, p. 698.

Année 1907

De l'appendicite traumatique. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, 1907, p. 344.

De la valeur de la ponction lombaire pour le diagnostic des complications auriculo-méningées. Rapport sur une observation de M. Lapointe. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, 1907, p. 141.

Du cathétérisme de l'uretère à travers la vessie ouverte. — *Presse médicale*, 1907, p. 226.

Rupture traumatique sous-cutsnée des artères de la jambe. Gangrène consécutive. Amputation. Guérison. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, 1907, p. 736.

A propos des néostomies uretèrales. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, 1907, p. 795.

Lipome du cœur. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, 1907, p. 1010.

Sur les parotidites post-opératoires. (En collaboration avec M. Morel.) — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, 1907, p. 1044.

La lithiase rénale double. — *XIe Session de l'Association française d Urologie*, 1907, p. 560.

Résultats éloignés d'une pyélonèphrite de la grossesse. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, 1907, p. 258.

Cancer du vagin guéri depuis dix ans. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, p. 187.

Année 1908

Fonctionnement d'une gastro-entérostomie avec pylore perméable. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIV, 1908, p. 157.

Difficultés du diagnostic des abcès du poumon. — *Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, p. 165.

Pathogénie des parotidites post-opératoires. (En collaboration avec M. Morel.) — *La Gynécologie*, 1908, p. 20.

Périnéphrite suppurée à la suite de la néphrectomie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 276.

Perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 346.

Cerclage du calcaneum. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 27.

Prostatectomie en deux temps. Rapport sur une observation de M. Mesley (de Gigon, Espagne). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 36.

Rupture indirecte de l'artère hépatique. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 122.

De l'aspiration par la trompe à eau : ses applications à la chirurgie opératoire. — *Presse médicale*, 1908, n° 26, p. 201.

A propos de la rachistovaïnisation. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 535.

Diagnostic des tumeurs du scrotum. — *La Clinique*, 1908, n° 22.

Appendicectomie lombaire. — *Presse médicale*, 1908, n° 43.

Fracture avec luxation de la colonne vertébrale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, p. 863.

Pyonéphrose partielle. Rapport sur une observation de M. Marion. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 905.

Ectopie inguinale de l'utérus et des annexes. Rapport sur une observation de de la Torre (de Quito). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 908.

Des ectopies inguinales de l'utérus et des annexes. (En collaboration avec H. Rais.) — *La Gynécologie*, 1908, n° 5, p. 385-414.

Traitement du cancer de l'appareil urinaire et des organes génitaux de l'homme. Rapport présenté au II° Congrès de la Société internationale de Chirurgie, Bruxelles, 1908, p. 49, et *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1908, p. 1574.

Infection urinaire et cystostomie. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 1908, p. 383.

Deux cas d'arthropathie tabétique tibio-tarso-métatarsienne. (En collaboration avec Deverre.) — *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, LXXXIII° année, 6° série, t. IX, 1908, p. 13.

Genital Tuberculosis. — *The American Journal of Urology*, 1908, p. 404.

Cystectomie totale pour tumeurs pédiculées multiples de la vessie. Rapport sur une observation de M. Marion. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 1141.

Deux observations de pyélotomie pour calculs. Rapport sur une observation de M. Marion. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 1167.

A propos des ruptures du rein. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 1220.

Atrophie osseuse calcaire consécutive à une névrite limitée d'origine traumatique. (En collaboration avec Claude et Villaret.) — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 1228.

Procédé exceptionnel de néphrectomie par retournement. — *XII° Session de l'Association française d'Urologie*, 1908, p. 270.

Pyélonéphrite avec interruption de la grossesse. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1908, p. 280.

Année 1909

Résultat aprés dix ans d'une opération de Kraske pour cancer du rectum. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 39.

Des périnéphrites consécutives à la néphrectomie. — *Revue de Chirurgie*, 1909, p. 86.

Kystes hydatiques et tuberculose du rein. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 95.

Sur un cas d'atrophie osseuse calcaire consécutive à une névrite limitée d'origine traumatique. (En collaboration avec Claude et Villaret.) — *L'Encéphale*, 1909, p. 52.

Tumeur de la clavicule d'origine thyroïdienne. Rapport sur une observation de Guibé. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 117.

De l'hématocéle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire. Rapport sur une observation de Jayle. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 125.

Les tumeurs vésicales latentes. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1909, p. 97.

Fracture avec luxation de la colonne vertébrale. — *Revue d'Orthopédie*, 1909, p. 147.

Hydronéphrose et pseudo-hydronéphrose traumatique. Rapport sur deux observations de Ferron (de Laval). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 298.

La tuberculose du cordon spermatique. — *Revue de la Tuberculose*, 1909, p. 37.

Rupture traumatique d'une hydronéphrose. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 382.

Sur la réaction du complément. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 424.

Die Vorbehandlung der Anurie bei Gebarmutterkrebse. — *Zeitschrift für Urologie*, 1909, Bd III, H. 4, p. 336.

Hydronéphrose traumatique. — *Bulletin médical*, 1909, p. 389.

Observation d'un pied plat tuberculeux. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 469.

Les blessures temporales par balles de revolver. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1909, p. 295.

A propos de la fulguration dans le cancer. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 608.

La narcose par voie rectale. (En collaboration avec Morel.) — *Société de Biologie*, 9 juin 1909.

Extraction d'une balle au contact du pédoncule cérébral. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 834.

L'anesthésie par voie rectale. (En collaboration avec Morel et Verliac.) — *Archives générales de Chirurgie*, 25 juin 1909, n° 6.

Tuberculose hypertrophique du cæcum. — *La Clinique*, 1909, p. 456.

Torsion des salpingites. — *Presse médicale d'Égypte*, 1909, p. 135.

Les ectopies du testicule. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1909, p. 689.

De la vasovésiculectomie dans la tuberculose génitale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, n° 32, p. 1069.

A propos des fistules urétro-rectales. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 1081.

Hématémèse traumatique. Laparotomie. Guérison. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 1082.

A propos des torsions tubaires. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1909, p. 346.

Cancer papillaire du bassinet. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 1295.

Des kystes hydatiques multiples du foie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 1297.

Luxation médio-tarsienne et du métatarse. (En collaboration avec Houzel.) — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 1316.

Calculs de l'uretère. — *XIII[e] Session de l'Association française d'Urologie*, 1909, p. 177.

De l'anurie après la néphrectomie. — *XIII[e] Session de l'Association française d'Urologie*, 1909, p. 503.

Phlegmon ligneux de la cavité de Retzius. — *XIII[e] Session de l'Association française d'Urologie*, 1909, p. 671.

A propos de la tuberculose vésicale. — *XIII[e] Session de l'Association française d'Urologie*, 1909, p. 697.

De l'entorse du foie. — *XXII[e] Congrès français de Chirurgie. Procès-verbaux et Mémoires*, 1909, p. 1040.

Observation de pancréatite hémorragique. In Prof. Dieulafoy. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. VI, 1909, p. 124.

Année 1910

Transformations et dégénérescences des papillomes de la vessie. Rapport sur une observation de Tanton (du Val-de-Grâce). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVI, 1910, p. 56.

Infiltration d'urine. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1910, p. 49.

Des kystes de la prostate. (En collaboration avec Verliac.) — *Presse médicale*, 1910, p. 150.

Les papillomes de la vessie. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1910, p. 149.

Des fausses routes. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 481.

Des sondes et bougies perdues dans l'urètre chez l'homme. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1910, p. 226.

Origine et transformations des papillomes vésicaux. (En collaboration avec Verliac.) — *Bulletins de l'Association française pour l'étude du cancer*, 1910, t. III, 3e année, p. 130.

Hémophilie musculaire. (En collaboration avec Houzel.) — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVI, 1910, p. 434.

A propos du traitement cystoscopique des tumeurs vésicales. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XX 1910, p. 460.

Autoplastie urétrale par transplantation veineuse. Rapport sur une observation de M. Tanton (du Val-de-Grâce). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVI, 1910, p. 501.

A propos de la recherche des balles dans le crâne. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVI, 1910, p. 573.

Traité chirurgical d'Urologie. Grand in-8° de VIII-1382 pages, 1910, Paris, Alcan.

Des rétrécissements tuberculeux et congénitaux de l'urètre. — *XIVe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1911, p. 175.

Des fistules intestinales consécutives à la néphrectomie. *XIVe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1911, p. 357.

Traitement des cystites tuberculeuses par la méthode de Rovsing. — *XIVe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1911, p. 745.

Sur la pathogénie de la tuberculose rénale. — *XIVe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1910, p. 444.

L'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 965.

Les crises douloureuses qui survivent à l'appendicectomie. — *Revue générale de Clinique et de Therapeutique*, 1910, n° 44, p. 708.

Des explorations pour vérifier la valeur fonctionnelle des reins. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 1083, 1101 et 1149.

La grossesse tubaire et son traitement chirurgical. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 17 décembre 1910, p. 822.

Tuberculose iléocæcale. Opération en deux temps. Guérison. Rapport sur deux observations du Dr Coville (d'Orléans). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 1251.

Autoplastie de l'urètre pénien par greffe tubulaire de muqueuse vaginale intégrale. Rapport sur une observation de M. Tanton (du Val-de-Grâce). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 1256.

La vessie dans la tuberculose rénale. — *Paris médical*, 1910, n° 5, p. 100.

Kyste de l'ovaire suppuré après infection puerpérale. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1910, p. 365.

Année 1911

Calculs de l'uretère. Rapport sur une observation du Dr Luys. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVII, 1911, p. 213.

Sur un cas de rupture du pénis. Rapport sur une observation du Dr Alivazatos. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVII, 1911, p. 217.

De l'appendice en Gynécologie. — *La Gynécologie*, mars 1911, p. 145.

Péritonite provoquée par un fibrome au cours de la grossesse. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1911, p. 186.

Nouvel urétrotome. — *Presse médicale*, 1911, p. 601.

Les canaux éjaculateurs dans l'hypertrophie prostatique et les fonctions sexuelles après la prostatectomie de Freyer. (En collaboration avec Papin.) — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1911, n° 13, p. 1153.

Des résections larges de la vessie. — *IIe Congrès de l'Association internationale d'Urologie*, Londres, 1911.

Des résultats éloignés des prostatectomies. — *IIe Congrès de l'Association internationale d'Urologie*, Londres, 1911.

Contribution à l'étude anatomique et pathologique des kystes du rein. (En collaboration avec Verliac.) — *Recueil de Mémoires d'Urologie médicale et chirurgicale*, Paris, Masson, juillet 1911.

Tuberculose des trompes et d'un kyste ovarique. (En collaboration avec Verliac.) — *La Gynécologie*, juillet 1911, p. 401.

A propos du cathétérisme des artères. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVII, 1911, p. 1101.

Énorme calcul du rein. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVII, 1911, p. 1136.

Rupture de l'urètre avec fracture du bassin et déviation latérale du segment antérieur. Rapport sur une observation du Dr Gruget (de Laval). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVII, 1911, p. 1269.

L'éclatement sous-cutané traumatique de la paroi abdominale. (En collaboration avec M. Lorin.) — *Archives générales de Chirurgie*, 1911, p. 1321.

Année 1912

Des troubles urinaires provoqués par les fibromes du col. — *Journal de l'Urologie médicale et chirurgicale*, janvier 1912.

Note sur un grand kyste de la capsule surrénale. — *Journal de l'Urologie médicale et chirurgicale*, février 1912.

Note sur la toxicité des prostates hypertrophiées. (En collaboration avec le Dr Gaillardot.) Pour paraître prochainement.

Traitement des tuberculoses urinaires. (En collaboration avec le Dr Chevassu.) — *Congrès de la Tuberculose*, Rome, 1912.

Indications du traitement hydrominéral dans les maladies de l'appareil urinaire (En collaboration avec le Dr Linossier.) Pour paraître en *Paris médical*, mars 1912.

Le rein en fer à cheval. (En collaboration avec Papin.) — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, février 1912.

Fibrome de l'intestin. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1912.

Rupture spontanée du pédicule d'un kyste de l'ovaire. Rapport sur une observation de Le Moniet. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1912.

Rupture du rein. Suture. Guérison. Rapport sur une observation de Le Moniet. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*. 1912.

CLINIQUES DU PROFESSEUR GUYON

Diagnostic des calculs du rein. — *Bulletin médical*, 6 décembre 1891.

Leçon d'ouverture du cours 1892-1893. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1892, p. 892.

Physiologie pathologique de l'hématurie. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 882.

Diagnostic des tumeurs vésicales. Manœuvres opératoires. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1894, p. 2.

Sur la libération externe de l'urètre. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1894, p. 82.

Les pyonéphroses. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 1.

TRAVAUX PUBLIÉS SOUS MON INSPIRATION OU DOCUMENTÉS PAR DES OBSERVATIONS DE MA PRATIQUE

1895. — Meignan. **Du phlegmon de la cavité de Retzius.** — *Thèse de Doctorat*, 1895.

1896. — Graille. **Des calculs salivaires.** *Thèse de Paris*, 1896.

— Lanessus. **Traitement des anévrismes de la crosse de l'aorte par la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droite.** — *Thèse inaugurale*, Paris, 1896.

1897. — Martin. **Traitement des fistules vésico-vaginales.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1897.

1898. — Chevalier. **Technique de l'hépatopexie.** Procédé de Legueu. — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1898.

1898. — Audebal. **De l'épididymectomie dans la tuberculose testiculaire.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1898.

— Maillard. **De la torsion des salpingites.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1898.

— Valette. **Étude sur le cancer secondaire de l'ombilic.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1898.

— Chartier. **Propagation du cancer du sein aux vaisseaux axillaires. Indications cliniques et opératoires.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1898.

— Jeanbrau. **De la voie sous-péritonéale dans les suppurations du bassin.** — *Thèse de Montpellier*, 1898. (Contient deux observations personnelles de laparotomie sous-péritonéale.)

1899. — Masson. **Hystérectomie vaginale et abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1899. (Contient onze observations personnelles d'hystérectomie abdominale.)

— Mornac. **De l'hygroma sous-deltoïdien.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1899.

— Mouille. **Des kystes hydatiques rétro-vésicaux.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1899.

— Caroonell. **Les indications de l'astragalectomie dans les luxations irréductibles de l'astragale.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1899.

— Montana. **Résultats éloignés des opérations conservatrices.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1899. (Contient deux observations personnelles de salpingostomie.)

— Peltre. **Traitement du paraphimosis par la circoncision d'urgence.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1899.

1900. — Mlle Warchovskaia. **Cancer de l'utérus et compression des uretéres.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1900.

— Trombert. **Du cathétérisme rétrograde de l'uretére.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1900.

— Cabaniols. **Des kystes tubo-ovariens.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1900.

1901. — Décardin. **Des tumeurs végétantes de l'ovaire.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1901.

1902. — Decq. **Cerclage de l'olécrâne.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1902.

— Steiner. **Tumeurs du foie opérées n'ayant été reconnues syphilitiques qu'aprés l'intervention.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1902.

1903. — Auriau. **Contribution à l'étude des plaies de l'artére sous-claviére.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1903.

— Ardilouze. **De l'hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1903.

1905. — Bordessoule. **Phlébite dans l'appendicite à froid.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1904.

— Gras. **Des collections pelviennes suppurées ouvertes spontanément dans la vessie chez la femme.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1904.

— Charrier. **Calculs de la portion pelvienne de l'uretére.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1905.

— Durand. **Du rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1905.

1906. — Gloumeau. **Résultats éloignés des opérations conservatrices sur les organes génitaux de la femme.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1906.

— Chevassu. **Tumeurs du testicule.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1906. (Contient trois observations personnelles de tumeur du testicule.)

1907. — Morel. **Des parotidites post-opératoires.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1907.

1910. — Morel. **Le traitement des fractures par la médication parathyroïdienne.** — *Archives générales de Chirurgie*, mars 1910, p. 231.

1911. — Guillaume. **Signes d'obstruction biliaire dans les affections chirurgicales du rein droit.** — *Thèse de Paris*, 1910-1911.

— Aybar. **Les canaux éjaculateurs dans l'hypertrophie prostatique. Les fonctions sexuelles aprés la prostatectomie de Freyer.** — *Thèse de Paris*, 1910-1911.

— Gastaldi. **Inégalité de volume des reins et atrophie unilatérale congénitale.** — *Thèse de Paris*, 1910-1911.

1911. — Girard. **Le rein ectopique.** — *Thèse de Paris*, 1911.

1912. — Louis Morel. **Les parathyroïdes.** — Un volume, 1912.

— Di Chiara. **De l'exclusion vésicale dans la tuberculose.** — *Thèse de Paris*, 1911-1912.

TROISIÈME PARTIE

RÉSUMÉ ANALYTIQUE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

CHAPITRE PREMIER

APPAREIL URINAIRE

I

GÉNÉRALITÉS — OUVRAGES DIDACTIQUES

Traité chirurgical d'Urologie.

Paris, Alcan, 1910.

(*Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine*, prix d'Argenteuil, 1911.)

Sous la forme d'un Traité didactique, j'ai publié le cours complémentaire d'Urologie que de 1901 à 1906 j'ai fait à Necker, dans la chaire de Clinique des maladies des voies urinaires.

J'ai adopté pour le caractériser ce terme d'Urologie, qui, dans les Congrès, les Sociétés savantes et les ouvrages et périodiques étrangers, s'est imposé par sa simplicité, comme celui de Gynécologie, pour désigner le domaine d'une spécialité étendue. Je l'ai appelé « chirurgical » pour spécifier que l'on ne doit pas s'attendre à y trouver l'étude complète des maladies des reins; volontairement j'ai rejeté de mon domaine le mal de Bright et ces autres néphrites, dites médicales, qui, à part quelques applications chirurgicales dont il sera parlé ici, relèvent de la médecine.

Cet ouvrage a été écrit conformément à la conception que je me suis faite

de la Pathologie urinaire; et dans une Introduction, j'ai pris soin d'exposer à la fois et cette conception et le plan qui s'en déduit.

Dans les ouvrages antérieurs, en effet, il fut toujours d'usage, jusqu'ici, d'étudier successivement et à part les maladies de l'Urètre, de la Prostate, de la Vessie, des Uretères et des Reins.

Cette classification a l'inconvénient de morceler la Pathologie urinaire en des tronçons artificiellement séparés. Elle juxtapose des maladies d'organes, sans laisser entrevoir le lien de leurs localisations successives; elle ne tient compte ni de l'allure générale de la maladie dans l'appareil urinaire, ni des lois spéciales qui règlent pour ce territoire la marche et la répartition du processus morbide.

Or, à part quelques exceptions que constituent les traumatismes, et quelques difformités acquises, toutes les affections des voies urinaires sont dominées par une influence supérieure et étrangère à la localisation qu'elles affectent. C'est cette influence pathologique, qui, suivant un plan toujours identique et un déterminisme toujours égal, règle dans l'appareil urinaire l'évolution de cette maladie. Celle-ci est donc bien moins l'affection d'un organe que la maladie d'un appareil.

Voici par exemple la tuberculose: elle débute par le rein et s'étend par étapes successives aux autres organes, de manière à constituer cette tuberculose urogénitale sous laquelle elle se présente d'ordinaire à nos yeux. Mais toutes ces localisations différentes sont l'essence même de la maladie; elles se commandent, se complètent et s'expliquent si bien les unes par les autres, que l'on ne peut pas plus en isoler une partie que supprimer plusieurs anneaux d'une chaîne, sans en rompre la continuité.

Voici les infections non tuberculeuses; des connexions intimes relient entre elles l'urétrite, la cystite et la pyélonéphrite. Elles se développent suivant le même plan des infections ascendantes ou descendantes; elles passent également de la bactériurie à la réaction inflammatoire, provoquent plus tard une action de défense autour de l'organe et suscitent même parfois des réactions générales de la plus haute intensité. Tout cela, ce sont les caractères généraux des infections urinaires, et il y a avantage autant qu'intérêt à rapprocher dans un même groupement des localisations qui offrent tant d'analogie dans leur origine, dans leur évolution, dans leurs conséquences.

Voici encore les calculs : des concrétions descendent du rein où elles se forment, et se fixent ici ou là, dans la vessie ou l'urètre, au gré de certaines influences secondaires. Mais, quelle que soit cette localisation, le rein reste lithiasique. C'est lui qui commande et règle les récidives. Alors même que le calcul sera enlevé, la lithiase restera toujours en évolution et le calcul en puissance, et le malade guéri de son corps étranger restera encore lithiasique.

La Pathologie urinaire ne peut donc se contenter de descriptions spéciales. Pour embrasser son horizon trop vaste, il faut des vues plus hautes à la fois et plus larges. Au-dessus de la maladie de l'organe, il faut voir la Tuberculose, l'Infection, la Lithiase, qui évoluent dans un appareil urinaire et y multiplient suivant des règles toujours égales leurs diverses localisations.

Je base ma classification sur ces grands processus morbides. Ils constituent la division de mon livre, comme ils se partagent la pathologie de l'appareil urinaire. Je les passe successivement en revue en des chapitres distincts, et j'ai pu ainsi tracer pour chaque maladie un tableau d'ensemble de ses voies d'entrée, de son évolution, de ses extensions, et étudier ses localisations successives dans l'ordre où elles se produisent.

Cette division n'a pas seulement cet avantage d'être conforme aux données de la Pathologie générale, qui règle aussi dans le domaine étroit d'une spécialité la marche et l'évolution des maladies. Elle permet encore des rapprochements que la clinique ne peut manquer d'apprécier.

Ainsi la tuberculose vésicale suit immédiatement la tuberculose rénale dont elle dépend, et la tuberculose génitale suit la tuberculose urinaire dont elle ne peut être séparée.

Ainsi se suivent la bactériurie, les cystites, les pyélonéphrites, manifestations si voisines et que distinguent seulement des nuances cliniques.

Toutes les localisations de la bilharziose se juxtaposent en un même chapitre.

Les ruptures de la vessie suivent celles de l'urètre postérieur, dont il est quelquefois si difficile de les distinguer.

Les corps étrangers de l'urètre et de la vessie sont étudiés côte à côte; et ce rapprochement est d'autant plus légitime que le corps étranger peut aisément passer de l'urètre à la vessie, de la vessie à l'urètre, ou même siéger à la fois dans l'une et l'autre de ces cavités.

Toutes les fistules urinaires sont réunies en groupes distincts dans le chapitre des Difformités acquises, toutes ces fistules qui sont toujours amorcées par l'infection et entretenues par un rétrécissement du conduit.

Enfin l'épispadias confine à l'exstrophie avec laquelle il a tant de liens embryologiques communs.

Je me suis efforcé de mettre cet ouvrage au courant de la littérature et des dernières acquisitions de la science. Mais je n'ai pu toujours, faute de place, remonter très loin dans le passé, et j'ai dû renoncer souvent à établir par l'historique la filiation chronologique d'une donnée classique. Partout j'ai cherché à donner à la clinique et à la thérapeutique une importance considérable, ne perdant jamais de vue cette idée directrice qu'un ouvrage même théroique n'a d'autre

but que d'apprendre, de faciliter et de perfectionner le diagnostic et le traitement des maladies.

En ce qui concerne la technique chirurgicale, j'ai toujours donné les développements les plus étendus aux procédés qui me paraissent les plus simples et les meilleurs, insistant beaucoup plus sur les résultats et les indications opératoires que sur des procédés surannés ou non encore éprouvés.

Voici d'ailleurs le plan de l'ouvrage :

Cet ouvrage se compose de trois parties : les deux premières comprennent les généralités, l'autre est faite de descriptions spéciales.

Dans la première, sont étudiés à un point de vue général : l'exploration, les instruments et la thérapeutique générale.

Dans la deuxième, se trouve la description des syndromes.

La troisième enfin comprend la description des processus morbides, qui affectent l'appareil urinaire, en neuf chapitres qui sont :

Les infections;
La tuberculose;
Les maladies parasitaires;
La lithiase;
Les tumeurs;
Les traumatismes;
Les corps étrangers;
Les déplacements et difformités acquises;
Les difformités et malformations congénitales.

Dans toutes ces parties, tout en exposant les recherches des autres, j'ai ajouté partout l'appoint de mon expérience et de mes observations personnelles. Qu'il s'agisse d'une méthode d'exploration ou d'un procédé opératoire, je l'apprécie à l'aide de mes documents propres et motive mon jugement sur des faits vécus. Il n'y a donc pas là seulement une œuvre de vulgarisation, il est aussi une part d'originalité qui se reflète sur tous les points, tant en ce qui concerne les jugements à porter qu'au point de vue de l'exposé de la clinique en particulier.

Cet ouvrage est illustré de plus de 700 figures, dont 40 en couleurs consacrées à la cystoscopie et à l'urétroscopie. Toutes sont inédites, à quelques exceptions près, et ont été dessinées d'après des opérations ou des documents personnels, sur des malades de mon service ou d'après des pièces de mon laboratoire. Toutes les figures histologiques ont été établies sur des coupes faites par mon chef de laboratoire, M. Verliac.

Cette illustration imprime à l'ouvrage un caractère particulièrement ins-

tructif. Sur certains points je me suis attaché à représenter presque côte à côte et successivement la cystoscopie d'une lésion, l'opération, la pièce et son examen histologique. C'est bien là l'enseignement par les faits, donnant son maximum d'utilisation et de rendement.

Je crois pouvoir dire que par la documentation dont il est pourvu, par la forme sous laquelle il est présenté, par l'ensemble des connaissances en Urologie qu'il embrasse dans tous leurs développements, par l'exactitude des indications bibliographiques qu'il contient et que j'ai pris soin de faire vérifier une à une, cet ouvrage représente un ensemble qui, au double point de vue pratique et scientifique est à même de rendre quelques services.

Cet ouvrage vient d'être couronné par l'Académie de Médecine, qui lui a accordé le prix d'Argenteuil.

Chirurgie du rein et de l'uretère.
Paris, Rueff, 1894.

Dans ce volume de la collection Charcot-Debove, je présente un exposé condensé sous le plus petit volume de la chirurgie des reins et des uretères. Je décris les opérations qui se pratiquent sur ces organes, et j'insiste surtout sur leurs résultats et sur leurs indications. Ce petit ouvrage fut ainsi un guide pour le médecin à la recherche de la conduite à tenir en présence de tel cas donné.

Article Vessie; Maladies du pénis et Infection urinaire.
(In *Traité de Chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu et Delbet, Baillière.)

Article Maladies de l'urètre.
En collaboration avec le Prof. Albarran, du même Traité.

Mon maître, le Prof. Le Dentu, et le Prof. Delbet m'ont confié dans leur *Traité de Chirurgie clinique et opératoire* tout le chapitre des Maladies de la Vessie, du Pénis, l'Infection urinaire, et une partie des Maladies de l'Urètre. Cette importante collaboration représente presque la moitié de la Pathologie urinaire.

Dans cet ouvrage, je me suis attaché à faire un exposé aussi complet que possible des données acquises sur chacune de ces maladies ; mais je me suis toujours attaché à présenter les choses en me plaçant à un point de vue pratique. La clinique fut ici l'objet de ma part, d'un soin tout particulier : j'ai puisé d'ailleurs à pleines mains pour rédiger ces articles dans les leçons de mon maître Guyon, dont j'étais alors le chef de clinique.

Au point de vue thérapeutique, cette même tendance s'accusait encore nette-

ment sous ma plume, et je ne faisais en agissant ainsi d'ailleurs que me conformer au plan général que les Directeurs du Traité de Chirurgie avaient eu en vue en l'instituant, celui de faire un traité à la fois *clinique et opératoire.*

Voici le plan et l'ordre des matières que j'ai eu à traiter.

Maladies de la Vessie.

I. Malformations congénitales;
II. Traumatismes;
III. Corps étrangers;
IV. Calculs vésicaux;
V. Cystites;
VI. Tuberculose de la vessie.
VII. Tumeurs;
VIII. Troubles vésicaux d'origine nerveuse;
IX. Opérations.

Maladies de l'Urètre (en collaboration avec le Prof. ALBARRAN.)

I. Vices de conformation;
II. Traumatismes;
III. Corps étrangers;
IV. Calculs;
V. Urétrites;
VI. Tumeurs;
VII. Rétrécissements;
VIII. Abcès urinaires. Phlegmons urinaires diffus.

Maladies du Pénis.

I. Anomalies;
II. Lésions traumatiques;
III. Lésions inflammatoires;
IV. Fistules urétro-péniennes;
V. Tumeurs.

Infection urinaire.

Parmi ces chapitres, je signalerai particulièrement ceux qui ont trait aux *Ruptures de la vessie et de l'urètre*, dont j'essaie de tracer au point de vue symptomatique les différences cliniques; aux *Infections vésicales*, aux *Calculs vésicaux*, où j'essaie un parallèle clinique entre les calculs primitifs et les calculs secondaires : à l'*Exstrophie de la vessie*, où je développe l'excellent procédé de mon

maître le Prof. Segond : au *Cancer de la verge* et à son traitement par l'émasculation totale.

La technique de la lithotritie est rédigée d'après des leçons alors inédites du Prof. Guyon : je m'attache à préciser nettement les indications relatives de la taille et de la lithotritie.

Cet ouvrage est actuellement épuisé et une nouvelle édition vient de paraître sur le même plan et avec les mêmes idées directrices que la première : j'ai fait appel pour la rédaction de cette deuxième édition à la collaboration de mon collègue des hôpitaux, M. Michon.

Le Rein mobile.

Paris, Baillière, 1906.

Ce tout petit volume des « Actualités médicales », est un exposé clair d'une question souvent embrouillée. J'y défends les idées qui sont les miennes à ce sujet : le rein mobile n'est qu'un élément d'une maladie plus générale, congénitale ou acquise. Il n'intéresse la chirurgie que par ses complications: hydronéphrose, coudure de l'uretère, étranglement; complications d'ailleurs très rares. En dehors de ces cas, où l'opération peut être très utile, voire même indispensable, le rein mobile ne doit pas être opéré; il peut être toléré.

II

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET MOYENS D'EXPLORATION

Emploi de l'adrénaline dans la chirurgie urinaire.

En collaboration avec le Dr PASTEAU.

(*Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 25 février 1903.)

Pour l'emploi de l'adrénaline, nous nous sommes servis uniquement d'une solution d'adrénaline au 10 000e. Cette solution a été conservée à l'abri de la lumière dans des flacons de verre jaune brun bouchés hermétiquement. Voici les résultats que nous avons obtenus.

Chirurgie rénale. — Appliquée directement sur la substance du rein, l'adré-

naline provoque une vaso-constriction des plus nettes; deux fois, nous avons pu nous en convaincre de la manière la plus évidente.

Il est difficile d'indiquer aujourd'hui dans quels cas l'adrénaline pourra ainsi servir; on peut du moins prévoir que lorsqu'on se trouvera en présence d'un rein dont la section donnera beaucoup de sang, on pourra dans quelques cas y avoir recours.

Chirurgie vésicale. — La vessie, beaucoup plus que le rein, peut bénéficier de l'emploi de l'adrénaline. Lorsqu'il existe un saignement intra-vésical assez nettement localisé, l'hémorragie peut diminuer ou disparaître même, momentanément, lorsqu'on injecte dans la vessie vide une certaine quantité de la solution. On comprend l'importance de cette constatation au point de vue de la cystoscopie; le milieu vésical s'éclaircissant, la cystoscopie devient possible ou plus facile. Nous avons pu dans un cas en particulier l'utiliser de cette manière : il avait été injecté dans la vessie 30 grammes de la solution au dix-millème et on l'y avait laissée séjourner un peu moins de dix minutes.

Pour les hémorragies graves dues à des néoplasmes très étendus, nous avons en vain employé la solution dans deux cas.

Chirurgie prostato-urétrale. — Dans toutes les petites opérations à pratiquer sur l'urètre, l'adrénaline peut rendre les plus grands services en supprimant tout suintement sanguin. Sans compter son utilité incontestable pour la décongestion et la disparition du spasme dans les rétrécissements de l'urètre, on peut dire que l'adrénaline devient le produit indispensable pour l'exécution des petites interventions qui se pratiquent au moyen de l'urétroscope.

Son rôle décongestionnant peut également être utilisé pour le cathétérisme dans les cas difficiles d'hypertrophie de la prostate. L'installation de quelques gouttes d'une solution au dix-millième ou même au millième au delà de l'urètre membraneux fait disparaître le saignement prostatique et le gonflement de la muqueuse.

Valeur comparative de la ponction hypogastrique.
et de l'incision sus-pubienne dans le traitement des rétentions aiguës d'urine.

(*Ire Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1896.)

Dans cette communication, j'ai envisagé à l'aide de mes observations personnelles la valeur comparative et les indications de la ponction sus-pubienne et de la cystotomie.

Chez les prostatiques, en rétention aiguë, la ponction m'a paru très utile pour parer aux accidents immédiats. L'incision sus-pubienne me semble indiquée

seulement dans trois circonstances : quand il y a fausse route, quand il y a infection, ou enfin, lorsque, malgré les ponctions, le canal reste imperméable.

Dans les rétentions par obstacle urétral, rétrécissement ou rupture, le traitement direct par l'urétrotomie externe constitue la méthode de choix, toutes les fois que le cathétérisme est impossible et que la nature des accidents ne permet pas de différer l'intervention. La ponction hypogastrique ne peut alors servir qu'à différer de quelques heures cette opération.

L'incision sus-pubienne, au contraire, constitue une ressource précieuse, un expédient auquel on peut avoir recours secondairement pour les obstacles siègeant sur l'urètre antérieur, et principalement pour ceux qui siègent sur l'urètre postérieur. Dans le premier cas, l'opération portant sur le périnée permet presque toujours, si elle est bien conduite, de trouver le bout postérieur; mais, si les recherches sont infructueuses, on incise la vessie pour terminer rapidement, par le cathétérisme rétrograde, une intervention qui menaçait d'être trop longue. J'ai pratiqué plusieurs fois cette cystotomie secondaire, et j'ai pu terminer rapidement et dans de bonnes conditions l'opération.

Pour les obstacles de l'urètre postérieur, les recherches par le périnée, lorsqu'elles ne sont pas dirigées par un conducteur, menacent de s'éterniser, qu'il s'agisse de traumatisme récent par fracture du bassin ou de rétrécissement traumatique, et le cathétérisme rétrograde à travers la vessie me paraît un expédient utile, auquel on peut avoir recours de prime abord dans tous les cas. J'ai pratiqué quatre fois cette incision sus-pubienne primitive pour traiter des rétrécissements infranchissables, ou des ruptures de l'urètre postérieur, et je considère cette conduite comme la méthode de choix.

Enfin, quelle que soit la nature de l'obstacle, lorsque la gravité des accidents généraux contre-indique absolument une opération longue et délicate comme l'urétrotomie externe, la cystotomie primitive s'impose comme le premier temps d'une opération qui ne sera complétée que plus tard, alors que l'état général devenu meilleur le permettra.

Du Cathétérisme de l'uretère à travers la vessie ouverte.

(*Presse médicale*, 1907, avril, n° 29.)

La plupart des explorations qui sont destinées en chirurgie rénale à définir la localisation du côté malade et à préciser la valeur fonctionnelle du rein sain se font à travers la vessie. Elles supposent donc l'intégrité relative de cet organe et sont parfois contrariées, annihilées ou rendues impossibles par les altérations, quand elles sont très graves.

C'est surtout en matière de tuberculose que se voient ces difficultés. La vessie est tuberculeuse : on suppose qu'elle est commandée par une tuberculose rénale. Mais la vessie n'a que 10 ou 20 grammes de capacité; elle ne tolère même sous le chloroforme ni le cystoscope ni le séparateur. Que faut-il faire?

Frappé de la situation de ces malades, désireux de rompre le cercle vicieux dont ils sont enveloppés, je me suis décidé depuis quelque temps à pratiquer



Fig. 1. — *Cathétérisme des uretères à travers la vessie ouverte et maintenue telle par mon écarteur.* La sonde urétérale est déjà introduite dans l'uretère; on se prépare à entrer la sonde droite dans l'uretère correspondant.

chez eux l'ouverture de la vessie, dans le seul but de faire le cathétérisme des uretères, et de chercher dans cette opération la solution des problèmes que la clinique me paraissait incapable de me donner.

L'opération est loin d'être simple. C'est que cette vessie qu'on ouvre est une vessie petite, rétractée même sous le chloroforme, inextensible, saignante de toutes ses ulcérations irritées, et dans laquelle les orifices urétéraux, perdus au fond d'un pli de contraction ou dans l'anfractuosité d'une ulcération, se laissent

très malaisément découvrir. Il faut donc beaucoup et longuement regarder, attendre souvent l'éjaculation urétérale, la surprendre et profiter de la béance qu'elle impose à l'orifice urétéral.

Une fois la vessie ouverte et largement étalée grâce à mon écarteur, une sonde à béquille n° 22 est introduite dans l'urètre : on la voit arriver au col vésical, on coupe son bec, et ainsi elle constitue dans l'urètre un tuyau dans lequel les deux sondes urétérales vont être introduites et pourront glisser sans se couder, sans se fléchir, condition indispensable à leur bon fonctionnement.

On cherche alors et on attend l'éjaculation urétérale et, si on la surprend, on s'oriente d'après les indications qu'elle a fournies.

Si on ne voit, si on ne reconnaît plus rien de normal, c'est plutôt avec une fine sonde cannelée, repliée que je cherche l'orifice urétéral, et, si l'instrument s'enfonce dans une dépression où elle abandonne la longueur de son extrémité recourbée, il n'y a plus de doute : ce ne peut être que l'uretère. La sonde urétérale, toute prête au niveau du col, est amenée au contact de l'entrée de l'uretère, prend la place de la sonde cannelée, qui est retirée, et est poussée peu à peu, lentement, à petits coups, dans l'étendue de 8 à 10 centimètres.

Les sondes sont laissées de une à deux heures en place, assez pour qu'on ait une quantité suffisante d'urine à analyser : après quoi, elles sont retirées; la sonde urétrale est laissée en place.

Les quelques faits que je rapporte plus loin dans ce travail montrent quelle ressource précieuse constituent le cathétérisme de l'uretère à travers la vessie ouverte, dans les cas difficiles auxquels j'ai fait allusion; il permet de découvrir des tuberculoses rénales qui avaient jusqu'alors échappé à toutes les explorations et d'opérer à temps des êtres condamnés, sans lui, à mourir. Il recule ainsi à un territoire jusqu'alors inaccessible les limites de notre diagnostic et les bénéfices de notre intervention.

De la séparation intravésicale des urines.

En collaboration avec M. Cathelin.

(*Association française d'Urologie*, 1902, p. 615.
Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1903, n° 1.
Société internationale de Chirurgie, Bruxelles, 1905.)

Dès que fut née la méthode de la séparation des urines, je me mis en devoir d'étudier les résultats cliniques qu'elle était capable de donner. Je l'appliquai à Necker avec Cathelin sur un grand nombre de malades, et ce sont ces documents qui forment le fond de ces publications.

Nous avons pu ainsi établir que la séparation pouvait donner presque tous les renseignements exigés pour le diagnostic des affections chirurgicales du rein; ce sont les suivants :

1° *Localisation par la séparation* d'une tumeur de siège incertain.

2° *Détermination d'une tumeur* localisée du rein : par exemple, diagnostic entre une pyonéphrose et un cancer.

3° *Confirmation du diagnostic* de pyonéphrose et détermination fonctionnelle du rein opposé.

Dans ce cas, la séparation est absolument probante : elle donne d'un côté des urines claires (rein sain), et de l'autre du pus ou rien.

4° *Détermination du point* de départ de la suppuration établissant à la fois l'indication ou la contre-indication de l'opération. C'est le problème clinique qui se pose le plus souvent à la séparation; il y a du pus dans l'urine, d'ou vient-il? on sera autorisé à conclure que le pus vient *seulement de la vessie*, lorsque la quantité de pus est à peu près égale, ou que l'analyse histologique démontre à droite et à gauche la même composition.

On sera autorisé à conclure que le pus vient *de la vessie ou des deux reins*, lorsque le culot de pus formé dans les tubes prendra les couleurs du pus verdâtre des pyonéphroses, lorsque la quantité de pus rassemblé dans les tubes ne correspond pas exactement à ce qu'une cystite devrait donner dans le même temps.

On sera enfin autorisé à conclure que le *pus vient de la vessie et d'un des reins*, lorsqu'on constatera une sensible différence dans la quantité du pus et dans l'importance du culot.

5° *Vérification du fonctionnement* d'un rein anciennement opéré et de la perméabilité de l'uretère. Chez un de mes malades, j'ai pu ainsi suivre pas à pas l'oblitération urétérale, chaque séparation nous donnant de ce côté une quantité plus minime de liquide. L'uretère était étouffé dans une masse de sclérose.

6° *Vérification relative des deux reins dans les néphrites médicales.*

7° Enfin un certain nombre de nos divisions ont eu pour but d'étudier le fonctionnement des reins normaux de plusieurs malades au point de vue de la qualité et de la quantité de la sécrétion.

La séparation nous paraissait donc appelée à rendre de grands services comme moyen d'exploration des reins avec ou sans le concours des autres moyens d'exploration. Sans lui attribuer la valeur du cathétérisme de l'uretère, qui a l'avantage d'une précision indiscutable, nous reconnaissions que pratiquement, dans la grande majorité des cas, la séparation donne des résultats suffisamment nets pour que soient posées nettement toutes les indications de l'opération.

Dans les hématuries cependant, la séparation est inférieure au cystoscope.

Quand l'hématurie est franchement et exclusivement rénale, la séparation donne d'un côté des urines claires et de l'autre des urines colorées. Mais la possibilité d'un saignement unilatéral de la vessie enlève à cette constatation toute valeur absolue.

Des inconvénients de la méthode du cloisonnement endovésical.

En collaboration avec M. Cathelin.

(*VIe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1902, p. 62.)

Cependant toute méthode a ses inconvénients, et, si on les méconnaissait, on s'exposerait à déduire de la méthode de fausses conclusions. Il y a donc à l'emploi de la séparation des contre-indications qui viennent de la vessie ou du malade.

a) *De la vessie :* c'est la contraction partielle, la déformation vésicale par l'hypertrophie chez l'homme, par l'hystérectomie chez la femme, par les colonnes chez le vieillard. C'est encore le suintement sanguin des vessies irritables ou douloureuses; c'est encore la cystite très intense avec contraction forte des parois; c'est aussi et surtout la grande flaccidité de la vessie dans certaines paralysies d'origine médullaire.

b) Du côté du *malade :* c'est le rétrécissement de l'urètre; c'est aussi l'indocilité de certains sujets.

De l'excrétion des reins malades étudiée avec le diviseur des urines.

En collaboration avec M. Cathelin.

(*VIIIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1904, p. 621.)

Au cours de nos nombreuses divisions d'urine, nous avons été à même de faire d'intéressantes constatations sur le fonctionnement de l'excrétion des reins malades. Le séparateur, en effet, en respectant l'uretère lui-même, en ne touchant pas au conduit excréteur, laisse l'excrétion à l'état libre et permet de voir comment se fait habituellement l'excrétion du rein malade. Or il résulte à ce point de vue de nos constatations que l'excrétion du rein malade est beaucoup plus irrégulière et intermittente que celle du rein sain : il arrive souvent que pendant toute la durée de l'application de l'appareil le rein malade ne donne pas. Nous avons pu d'ailleurs vérifier que ces constatations ne tenaient ni au hasard ni à une défectuosité de l'application de l'instrument. Le rein sain donne pendant ce temps d'une façon irrégulière et rythmique.

Dans les pyonéphroses, cette intermittence va juqu'à quelques minutes de durée : les éjaculations urétérales sont espacées de quart d'heure en quart d'heure ou plus encore.

Sur le diagnostic fonctionnel de la valeur des reins.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXVI, 1910, p. 1083, 1101 et 1149.)

Depuis quelques années, l'expérience m'a montré que la séparation était une méthode pleine d'insécurité. Sans nier qu'elle ne puisse faire un bon cloisonnement de la vessie, je soutiens qu'elle peut induire en erreur sans qu'aucun indice vienne avertir que la séparation est mauvaise. Je rapporte quelques condamnations injustifiées ainsi prononcées au cours de la séparation sur des malades qui avaient donné au diviseur des urines troubles des deux côtés : ils devaient de ce fait être considérés comme inopérables. Or, à l'aide du cathétérisme, je pouvais corriger l'imperfection de la séparation, montrer que la lésion était unilatérale, opérer et guérir ces malades. Même quand elle fait sa preuve, même quand elle donne des deux côtés une urine de couleur et de composition différentes, la séparation n'est pas absolument probante, ainsi que le prouvait l'observation de Guinard à propos de laquelle j'ai rapporté ces faits.

Dans ces cas, où le cathétérisme de l'uretère est impossible, j'ouvre la vessie pour mettre une sonde dans les uretères, ou bien, quand il y a une localisation sur un rein, quand un rein est gros et distendu, je pratique l'*exclusion du rein;* abordant le rein par la voie lombaire, je l'ouvre, mais en outre je découvre et lie ou sectionne l'uretère au côté correspondant. Dès lors, ce rein n'est plus et ne sera plus en communication avec la vessie. Et il m'est facile, en recueillant les urines vésicales, celles de l'autre rein, de connaître la valeur fonctionnelle de ce dernier, et de compléter ou non cette néphrostomie par la néphrectomie.

III

GÉNÉRALITÉS — SYNDROMES

Relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juillet 1907, nº 7, p. 681.)

Dans ce mémoire, j'ai étudié, au point de vue de la physiologie normale et pathologique, les relations intimes de l'appareil génital et de l'appareil urinaire chez la femme.

Ces relations physiologiques et pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire sont complexes; en clinique, on a souvent à les constater, nombre de malades se présentent au clinicien avec les apparences d'une affection des voies urinaires, alors que seul l'appareil génital est lésé.

L'influence de l'utérus sur l'appareil urinaire se manifeste de trois façons : 1° des influences *dynamiques* ou *réflexes;* 2° des influences *mécaniques* permettent aux affections génitales de retentir sur la vessie ou sur l'uretère pour troubler leur fonctionnement. Enfin, 3° les infections *génitales* elles-mêmes préparent le terrain et le prédisposent aux infections urinaires.

J'ai étudié ces trois groupes de relations à l'aide de nombreuses observations personnelles, en insistant tout particulièrement sur le diagnostic et sur les indications thérapeutiques.

J'ai analysé également l'influence des opérations gynécologiques sur la contractilité de la vessie. Plusieurs de mes opérées présentèrent, en effet, des troubles viscéraux variés.

Les unes pouvaient uriner seules et vider leur vessie; d'autres avaient de la rétention, et, chez quelques-unes, la rétention dura même longtemps après; d'autres, enfin, eurent de l'incontinence d'urine.

J'ai cherché, avec Genouville, dans les modifications de la contractilité vésicale les raisons de ces différences. La méthode graphique nous a permis de schématiser l'influence des opérations pelviennes sur la vessie; et nous avons vu, dans quelques cas où il y avait de la rétention, cette dissociation de la sensibilité et de la contractilité vésicale que Genouville a signalée comme la caractéristique de la neurasthénie urinaire.

Les rétentions d'urines post-opératoires sont donc d'ordre hystérique : c'est une sorte d'hystéro-traumatisme, qui n'est en rapport ni avec la durée, ni avec l'importance de l'opération, mais seulement avec l'état du sujet

Interventions pour néphrites hématuriques.

(*VIIIe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1904, p. 680.)

J'ai eu trois fois à traiter des hémorragies graves ou rebelles du rein par l'intervention chirurgicale, néphrotomie ou décortication. Ces observations, qui sont de nature à déterminer la valeur de la décapsulation dans le traitement des néphrites médicales, font l'objet de cette communication.

L'intervention est nécessitée par l'abondance de l'hématurie qui peut compromettre la vie. La néphrectomie, par ailleurs, est absolument contre-indiquée; et c'est à la décapsulation et à la néphrotomie qu'il faut avoir recours simulta-

nément. La néphrotomie me paraît indispensable comme opération exploratrice; elle a, en outre, une action immédiate sur la congestion qu'elle diminue. Mais à distance, son action se perd, le rein se referme, et la tension vasculaire peut s'y reproduire.

C'est pour suppléer la néphrotomie à cette date éloignée, que je crus bon de faire aussi la décapsulation : une de mes observations établit nettement cette influence de la décapsulation à date éloignée : une de mes malades saignait des deux reins. Elle ne fut opérée que d'un côté : or, quinze mois après, elle saignait encore, mais c'est le rein non opéré qui était le point de départ de cette hématurie.

Des hématuries essentielles.

(*Rapport présenté à la IVe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1899.)

Dans ce rapport, publié en collaboration avec le Dr Malherbe (de Nantes), nous nous attachons à détruire la légende des hématuries prétendues essentielles.

Après avoir réuni toutes les observations publiées sous ce titre, nous classons ces faits en deux catégories : 1° des faits purement cliniques, susceptibles de plusieurs interprétations et dont pas un seul ne peut servir à édifier la doctrine de l'hématurie essentielle; puis 2° des observations anatomiques avec lésions.

Ces dernières seules sont utilisables pour la discussion. Et lorsqu'on examine ce groupe, les observations dans lesquelles on a trouvé soit un petit calcul, pour expliquer l'hématurie, soit un noyau tuberculeux, soit une sclérose rénale, soit le rein mobile, soit la grossesse, on reste en présence de cinq observations pour lesquelles la *constatation anatomique a été faite et est restée négative.* Or, sur ces cinq observations, trois fois la néphrotomie seule fut pratiquée (Broca, Loumeau, Debersaque), le rein a paru sain, mais n'a pas été examiné histologiquement, et nous pouvons nous demander s'il n'existait pas des lésions inappréciables à l'œil et dont le microscope aurait révélé la présence.

Il ne nous reste donc que les deux observations de Klemperer et de Max Schede, dans lesquelles le rein fut trouvé sain, même à l'examen histologique.

Nous ne pensons pas que deux observations, même appuyées sur les quatre autres douteuses qui les précèdent, soient suffisantes pour baser et établir la théorie de l'hématurie essentielle par angionévrose.

Et nous pouvions conclure : les hématuries essentielles n'existent pas. Toutes les hématuries sont symptomatiques et relèvent d'une cause générale (aiguë ou infectieuse), ou d'une affection locale.

Névralgies rénales.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre et novembre 1891.)

La névralgie rénale existe; une observation célèbre de Maurice Raynaud en témoigne : il s'agissait d'un ataxique.

Mais en dehors des affections du système nerveux, elle est rare; quelques observations tout au plus ont été publiées. On opérait pour un calcul : le calcul n'est pas trouvé. Le malade continue à souffrir, on enlève le rein, et on n'y trouve aucune lésion. Voilà comment plusieurs fois les choses se sont passées.

Et plusieurs de ces faits ont été depuis vérifiés comme constitués par des néphrites partielles.

Dans ce mémoire, j'ai réuni et colligé toutes les observations connues, et j'ai essayé de définir provisoirement ce type clinique de la névralgie réno-urétérale, tout en faisant remarquer que ce cadre serait un jour démembré grâce aux progrès de l'anatomie pathologique.

Les grandes hématuries.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1907, t. XXV, p. 698.)

Dans cette leçon, j'étudie la séméiologie des grandes hématuries, dans lesquelles le syndrome domine la lésion et doit même être traité pour lui-même.

IV

INFECTIONS

Traitement de l'urétrite blennorrhagique par l'airol.

En collaboration avec M. L. Lévy.

(*Presse médicale*, 1896, n° 91, p. 595.)

J'ai proposé de traiter l'urétrite blennorragique par l'airol : cette substance n'avait pas encore été employée en France à cet usage. Depuis lors, son emploi s'est vulgarisé, et en particulier à l'étranger.

A des propriétés antiseptiques analogues à celle de l'iodoforme, l'airol associe

une action dessiccante identique à celle du tanin. Aussi nous a-t-il donné surtout de bons résultats dans le traitement des urétrites aseptiques subaiguës et chroniques, plutôt que dans les formes virulentes et aiguës, où le permanganate de potasse réussit mieux.

L'airol est insoluble; la formule dont je me sers est la suivante : airol 5 grammes, glycérine 50 grammes, eau 50 grammes.

Traitement de l'urétrite chronique aseptique par les hautes dilatations.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1897, n° 48, p. 753.)

J'insiste dans cet article sur les avantages des hautes dilatations pratiquées à la manière de Kollmann-Oberländer dans le traitement des urétrites chroniques aseptiques. La dilatation fait le massage des glandes, évacue leur contenu, élargit le canal et donne asez rapidement des résultats là où d'autres moyens avaient échoué.

Phlébite urétrale et péri-urétrite.

En collaboration avec le Dr Noguès.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, novembre 1893.)

Deux conditions fondamentales préexistent, d'après les données actuelles, à la production des abcès urineux : la septicité des urines et l'altération de la paroi urétrale. En arrière d'un rétrécissement, l'urine septique filtre au travers d'une paroi fissurée et développe dans le tissu péri-urétral une inflammation localisée.

Mais, dans cette évolution, quelle est l'attitude du corps spongieux de l'urètre, quel est son rôle, quelle est sa réaction?

L'observation d'un malade du service de M. Guyon nous a permis de répondre à cette question : ce malade, rétréci et infecté, présenta une tuméfaction périnéale qui n'avait pas les caractères d'un abcès urineux : nous pensions qu'il s'agissait d'une péri-urétrite au début. La nécessité de rétablir chez ce malade la perméabilité de l'urètre infranchissable nous conduisit à faire une urétrotomie externe et à inciser la tumeur périnéale. Il n'y avait pas de collection : le tissu spongieux était le siège même de la tuméfaction; la surface de section avait un aspect spécial : couleur noirâtre, issue d'un liquide foncé et en même temps granuleux, pas d'hémorragie véritable. C'était une phlébite du corps spongieux, phlébite aiguë et récente.

Rapprochant de ce fait un autre semblable que nous avions observé, nous avons conclu que *la phlébite du corps spongieux* est, dans un certain nombre de

cas, l'*intermédiaire obligé entre l'urétrite et la péri-urétrite*, entre la lésion de la paroi, qui sert de porte d'entrée à l'infection, et les régions juxta-urétrales qui ont à la recevoir.

De l'excision des abcès urineux.

(*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1893, nº 17, p. 201.)

Malgré les avantages qu'on lui a prêtés, la résection des abcès urineux est, dans le plus grand nombre des cas, inapplicable; elle ne convient qu'à des cas très particuliers, et c'est à préciser ses indications limitées, à signaler ses inconvénients, qu'est consacré ce travail.

Suivant l'association variable des deux conditions pathogéniques des infections péri-urétrales atténuées, la septicité des urines et l'altération de la paroi urétrale, tous les degrés s'observent entre l'abcès urineux ordinaire et la tumeur urineuse la mieux constituée. On peut établir cependant trois degrés : 1º les péri-urétrites aiguës (abcès urineux); 2º les péri-urétrites subaiguës (abcès urineux chroniques, tumeurs urineuses suppurées); 3º les péri-urétrites chroniques (tumeurs urineuses chroniques sans suppuration).

Pour les tumeurs urineuses, la résection de toutes ces masses scléreuses qui étouffent l'urètre est nécessaire.

Pour l'abcès urineux ordinaire, il en est autrement; il n'est, pour l'envelopper ou le limiter, ni poche, ni capsule : les parois ne sont constituées que par les couches superficielles, soulevées, refoulées, toujours infiltrées. Et ici, jamais la résection ne peut convenir; il est une cavité où il n'y a pour ainsi dire pas de parois : l'ouverture simple avec le drainage reste la méthode de choix.

Enfin, d'autres fois, la suppuration se développe sur un périnée déjà malade, anciennement altéré : elle trouve pour la limiter une induration préexistante, et, lorsqu'on ouvre la collection centrale, on la trouve entourée d'une paroi épaisse, dense, isolable. Ici, la résection seule peut convenir.

Du drainage périnéal dans les cystites rebelles.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 1065.)

Pendant mon clinicat à Necker, je vis M. Guyon pratiquer pour la première fois le curettage de la vessie chez l'homme par le périnée. Frappé des avantages de la nouvelle méthode, je l'appliquai sur les conseils de mon maître à plusieurs des malades de son service. Ce sont ces observations avec les commentaires qu'elles comportent qui forment le fond de ce travail.

Trois de mes malades, atteints de cystite rebelle à tous les traitements, retirèrent de cette opération un bénéfice considérable : pour l'un d'eux, on pouvait parler de guérison; pour les deux autres, il y eut une grande amélioration. Aussi, sans vouloir préconiser la taille périnéale dans toutes les cystites, je concluais simplement que, dans certaines formes de cystite particulièrement rebelles, il y avait des avantages considérables à tirer de la taille périnéale avec curettage et drainage.

En ce qui concerne le manuel opératoire, j'insistais sur la nécessité du drainage prolongé qui me semblait être la condition principale, essentielle, de la guérison.

Phlegmon ligneux de la cavité de Retzius.

(*XIII*[e] *Session de l'Association française d'Urologie*. Paris, 1909, p. 671.)

J'ai observé plusieurs phlegmons de la cavité de Retzius; je les ai vus évoluer comme les autres, en quelques jours ou en quelques semaines.

Le phlegmon prévésical dont je communique ici l'observation est d'une tout autre nature; par son évolution lente, par l'induration si considérable qui l'a seule caractérisé, il mérite le nom de *phlegmon prévésical.*

Dans l'espace de cinq ou six mois, il n'y eut d'autre signe qu'un plastron ligneux occupant toute la zone ombilicale; l'induration ne disparut que lorsque j'eus incisé et trouvé au centre un abcès chronique; et c'est l'indication principale qui ressort de cette observation. Ouvrir toujours une induration qui ne disparaît pas au cours de quelques semaines : elle contient certainement du pus.

Sonde à demeure et infection urinaire.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires,* janvier 1893.)

Les faits consignés dans ce travail sont tirés de la pratique et de l'enseignement de M. le Prof. Guyon.

La sonde à demeure est un des moyens les plus énergiques dont nous disposons pour traiter l'infection urinaire.

La fièvre, qui est l'une des manifestations de cette infection, se produit chez les urinaires dans deux conditions : elle est *spontanée* ou elle est *provoquée.*

Spontanée, elle se montre en dehors de tout traumatisme urétral; elle tient à l'évacuation incomplète de la vessie et à la rétention d'une urine septique; si la vessie ne peut se vider, il y a indication de suppléer à son insuffisance par une évacuation intermittente, par des cathétérismes répétés. Mais, dans certains cas,

malgré les cathétérismes, la fièvre persiste ou s'exagère : c'est alors que la sonde à demeure trouve ses indications et donne de très bons résultats. Un malade, dont je rapporte l'observation, prostatique infecté, était arrivé à un état des plus alarmants, malgré des cathétérismes répétés. Sous l'influence de la sonde à demeure, la fièvre cessa, et le malade revint vite à la santé.

Provoquée, la fièvre succède à des traumatismes du canal (cathétérisme, exploration, etc.); au contact de ceux-ci, les éléments septiques de l'urine trouvent une porte d'entrée dans la circulation. La sonde à demeure dans ces cas joue un rôle de protection pour le canal, en même temps qu'elle permet de désinfecter d'une façon presque continue le milieu vésical septique.

Infection urinaire par rétrécissement congénital de l'urètre.

(*XIVe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1910, p. 175.)

Au cours d'une discussion sur cette question, je rapporte une observation de rétrécissement congénital : elle présente ceci d'intéressant, c'est qu'elle fut suivie d'un contrôle anatomique. Elle concerne un individu qui vint mourir en mon service avec des phénomènes d'infection et de distension urétéro-rénale, préparés depuis vingt ans par des crises intermittentes mais répétées de rétention d'urine. A l'autopsie, je ne trouvai rien pour expliquer cette rétention qu'une bride assez large existant à l'union de la portion membraneuse et de la portion périnéale.

Cette observation montre en outre la gravité, dans certains cas, de ces rétrécissements qui peuvent entraîner les mêmes complications mortelles que les rétrécissements blennorragiques.

Infection urinaire et cystostomie.

(*Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 1908, p. 383.)

Au cours de l'infection urinaire, quel qu'en soit le point de départ, lorsque la sonde à demeure est inefficace, la cystostomie reste une ressource dernière pour attaquer l'infection.

Dans cette clinique, destinée à mes élèves, je rapporte et commente une observation très encourageante, où j'ai vu un malade *in extremis* ressuscité en quelque sorte par une cystostomie hypogastrique.

De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité.

(*Rapport présenté au Congrès national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Rouen*, 10 avril 1904. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1904. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1908, p. 280.)

Il est des pyélonéphrites qui naissent pendant la puerpéralité sur un rein jusqu'alors intact. Leurs lésions sont préparées et entretenues par la grossesse elle-même; et lorsqu'avec l'évacuation de l'utérus cesse la compression de l'uretère, la pyélonéphrite disparaît, à moins que les lésions ne soient trop intenses ou trop profondes. L'existence de ces pyélonéphrites est donc immédiatement liée à la puerpéralité ; leur histoire commence toujours et finit souvent avec la grossesse, dont elles sont une complication; et pour caractériser cette union intime, cette solidarité, on les dit « gravidiques ».

Il est aussi, pendant la grossesse, des pyélonéphrites d'un autre genre. Une femme dont le rein est déjà malade devient enceinte : la lésion rénale n'est plus ici sous la dépendance de la puerpéralité; elle avait avant le développement de l'utérus une existence autonome, elle la continuera plus tard. La grossesse peut tout au plus modifier momentanément les allures de la pyélonéphrite; elle agit comme une complication transitoire, mais elle ne commande ni le développement ni la guérison de la lésion rénale.

Pyélonéphrites consécutives et pyélonéphrites préexistantes à la grossesse : c'est à ce double point de vue que je me place pour apprécier dans ce rapport les relations de la pyélonéphrite et de la puerpéralité.

En ce qui concerne les premières, je montre que l'influence aggravante attribuée à la grossesse n'est pas toujours exacte et qu'il est des malades chez lesquelles une pyélonéphrite antérieure, à condition qu'elle soit déjà ouverte et fistulisée, n'apporte aucune modification. Je relate l'observation d'une malade qui, quelques années après une néphrectomie droite, dut subir la néphrostomie du rein gauche pour des accidents d'anurie. Elle conserva, de ce côté, une fistule uropurulente, et depuis lors toutes les urines passent par la plaie lombaire. Eh bien! malgré cela, cette malade est devenue enceinte, sa grossesse a été menée à terme, sans incident, et l'accouchement s'est bien passé malgré que son rein fût unique, infecté et fistuleux. Et je ne pense pas qu'il y ait une observation plus précieuse pour montrer que, dans un rein préalablement infecté, la fistule est une sauvegarde contre les accidents que la grossesse pourrait entraîner.

Quant aux *pyélonéphrites développées sous l'influence de la grossesse*, je reprends leur histoire complète et cherche à déduire des constatations anato-

miques, opératoires ou nécropsiques, des notions utiles concernant la pathogénie et surtout la thérapeutique de cette affection.

Je résume ici seulement les conclusions thérapeutiques qui se dégagent de mon rapport.

Plusieurs cas sont à considérer. Voici d'abord celui d'une *pyélonéphrite apyrétique* sans accident, sans complication. Le traitement médical s'impose; il est seul de mise en pareil cas. Avec une hygiène appropriée et un régime convenable, en évitant la fatigue, en utilisant le décubitus latéral intermittent, on doit obtenir et on obtient le résultat désirable. On prévient les accidents, on maintient la pyélonéphrite à un niveau qui ne lui permet pas de nuire beaucoup, parfois même on la guérit complètement pendant la grossesse.

Voici maintenant *une pyélonéphrite gravidique compliquée de fièvre*. Ici encore le traitement médical est le premier et, pendant longtemps, sera le seul à mettre en vigueur. Ce qu'il faut savoir et ne pas se lasser de redire, c'est qu'un grand nombre de ces pyélonéphrites, malgré des manifestations bruyantes, n'entravent pas la grossesse et ne compromettent pas l'existence de la mère; il ne faut donc pas se laisser impressionner trop vivement par des réactions plus tapageuses que graves, ni se hâter de recourir trop tôt à des moyens dont la nécessité ne se fait pas immédiatement sentir.

C'est dans ces cas, où l'infection s'accompagne en général de rétention, qu'il sera bon de recourir à la dilatation de la vessie. Grâce à ce moyen, on verra quelquefois de violentes et effrayantes poussées de température cesser rapidement et la maladie reprendre son cours régulier.

J'en arrive alors à des cas *graves et complexes;* ce sont ceux dans lesquels la gravité de l'infection et, surtout, la persistance de la fièvre ont si profondément troublé la santé, qu'il faut absolument intervenir pour sauver la mère et l'enfant. Dans ces conditions, quel parti doit-on prendre?

Je crois ici nécessaire d'établir une première catégorie et d'envisager successivement les cas où la pyélonéphrite est bilatérale et ceux où elle ne l'est pas.

a) Lorsque la lésion est *bilatérale* et que les accidents par eux-mêmes comportent une indication, c'est à l'accouchement prématuré qu'il faut avoir recours.

Il n'entrave qu'une grossesse déjà compromise par l'infection persistante. Il permet d'éviter des complications, telles que l'albuminurie ou la congestion pulmonaire, qui ne manqueraient pas de se produire avec une lésion bilatérale, et enfin, en décomprimant les uretères, il met fin aux accidents infectieux : j'ai rapporté en 1908 une observation très concluante.

b) Lorsque la pyélonéphrite est *unilatérale*, il n'en va plus de même. La lésion est localisée; une seule opération suffit à l'atteindre et à la drainer; l'opération n'est pas grave pour la mère; elle n'est pas de nature à modifier le cours de

la grossesse. Ici donc le traitement chirurgical reprend ses droits; la néphrostomie est préférable à l'accouchement prématuré.

Il faut cependant considérer à part les cas où les accidents qui forcent à intervenir se montrent dans les premiers mois ou dans les dernières semaines de la grossesse.

Lorsque la grossesse est à son milieu, à une époque où le fœtus n'est pas viable, ou quand un peu plus tard il ne l'est que dans des conditions assez précaires, la néphrostomie est sans conteste l'intervention de choix, puisque seule elle pare aux accidents en cours sans compromettre la grossesse ni la vie de l'enfant.

Au contraire, dans les dernières phases de la grossesse, plutôt que d'ouvrir le rein chez une malade qui est à la veille d'accoucher, je préfèrerais recourir à l'accouchement prématuré. La vie de l'enfant est assurée et la lésion, par ailleurs, sera très heureusement modifiée par l'accouchement. Et si elle ne l'était pas, il y aurait encore la ressource de pratiquer pendant les suites de couches, mais avec moins de risques, l'opération de la néphrostomie.

Résultat éloigné d'une pyélonéphrite de la grossesse.

(*Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie,* 1907, p. 258.)

J'apporte ici une observation intéressante d'une pyélonéphrite de la grossesse, à lente évolution et qui, après vingt-trois années et quatorze grossesses, s'est terminée par la néphrectomie.

A chaque grossesse, le même phénomène se reproduisait, les mêmes circonstances intervenant, et à partir du jour où le rein fut évacué par la néphrostomie, la fistule se rouvrait ou demandait à se rouvrir dès que l'utérus devenait gravide.

Je signale en passant l'heureuse efficacité de la néphrostomie, qui permit à la malade de conduire à bonne fin sa grossesse sans entrave; la fin de la dernière grossesse et le dernier accouchement se sont passés dans d'excellentes conditions, bien que la malade ait eu une fistule lombaire et peut-être même parce qu'elle avait une fistule lombaire.

Mais pourquoi donc après tout une évolution aussi longue d'une affection qui disparaît en général avec la grossesse, et dès que celle-ci est terminée? Il y a ici une raison physiologique et une raison anatomique.

Une raison physiologique, c'est que cette femme a eu un grand nombre de grossesses, et que à chacune d'elles son uretère s'est retrouvé par rapport à son utérus dans des conditions identiques; chaque fois, les conditions qui suffisent à produire la pyélonéphrite de la grossesse étaient constituées.

Mais il est aussi une raison anatomique, c'est l'état du rein.

A l'union du bassinet et de l'uretère, se voit un rétrécissement de l'uretère, cicatriciel, très évident, au niveau duquel le calibre de l'uretère est comme étranglé (fig. 2).

Alors donc qu'un grand nombre de ces pyélonéphrites de la grossesse s'améliorent spontanément au point de ne laisser aucune trace, on pouvait se demander

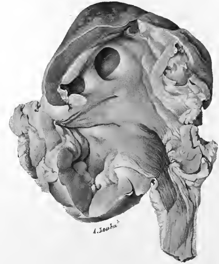


Fig. 2. — *Pyélonéphrite ayant récidivé au cours de quatorze grossesses consecutives.*
L'uretère présente à son abouchement avec le bassinet un rétrécissement reconnaissable aux plis de la muqueuse à ce niveau.

pourquoi celle-ci avait échappé à cette règle. La raison de cette persistance, je la trouve dans ce rétrécissement de l'uretère, dans cette lésion secondaire et surajoutée, d'ordre inflammatoire, et qui, une fois constituée, ne pouvait plus permettre à ce rein de guérir complètement. A partir du moment où cette lésion était constituée, la pyélonéphrite, qui jusqu'alors était intermittente comme les gros-

sesses qui l'avaient produite, est devenue une *pyonéphrose* continue et nécessitant, soit la permanence de la fistule, soit la néphrectomie.

A date éloignée, ces pyélonéphrites sont donc susceptibles de présenter les transformations anatomiques qui caractérisent habituellement les pyélonéphrites descendantes et d'aboutir à la destruction totale du rein. Voilà la conclusion qui se dégage de cette observation.

Phlegmon périnéphrétique pendant la puerpéralité.

En collaboration avec Lepage et Couvelaire.

(*Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, mai 1904, p. 145.)

Ce phlegmon est l'épilogue d'une pyélonéphrite de la grossesse : il fut opéré pendant les suites de couche et laissa une fistule purulente. Je fus obligé d'intervenir à nouveau pour cette fistule et de pratiquer une néphrectomie pendant une seconde grossesse qui ne fut pas entravée; et ce fait vient prouver à nouveau la bénignité des opérations même graves pratiquées pendant la grossesse.

Des périnéphrites consécutives à la néphrectomie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIV, 1908, p. 276.
Revue de Chirurgie, 1909, p. 86.)

Alors que le rein est enlevé, alors que la cause ou le foyer principal des accidents est supprimé par la néphrectomie, tout n'est pas toujours terminé du côté de la loge rénale, et de nouveaux accidents peuvent encore se produire à distance, qui ont avec l'opération ou la maladie du rein supprimé une relation directe, quoique souvent éloignée.

Ce sont quelques-uns de ces accidents éloignés que j'étudie ici, dans une étude qui n'est qu'une simple contribution à l'histoire très complexe de la loge rénale après la néphrectomie.

1° Il est d'abord des *périnéphrites par corps étrangers :* j'entends ainsi celles qui sont la conséquence d'un fil de soie placé sur le pédicule et qui, longtemps après l'opération, devient, comme dans une observation dont je rapporte l'histoire, le point de départ d'une suppuration de la région lombaire. D'où cette conclusion que les fils de soie pour la ligature des pédicules dans la néphrectomie sont à rejeter.

2° Il est d'autres périnéphrites qui reconnaissent pour cause l'abandon pans la plaie *d'une partie plus ou moins importante du bassinet.* Les fragments

du bassinet ne se comportent pas du tout comme les fragments du rein : ceux-ci, à la suite de la néphrectomie, s'atrophient et disparaissent. Les fragments du bassinet au contraire persistent, entretiennent ou réveillent à date éloignée la suppuration.

Dans deux cas que j'ai rapportés à la Société de Chirurgie et dans la *Revue de Chirurgie*, j'ai vu aussi des fistules tardives après la néphrectomie qui n'avaient pas d'autre cause.

Pour éviter ces accidents, il est donc nécessaire de porter les ligatures loin sur l'uretère, de bien dégager dans le pédicule rénal l'uretère et le bassinet et de renoncer aux ligatures massives actuellement d'ailleurs abandonnées par tous, pour recourir aux ligatures partielles, isolées de chacun des vaisseaux du pédicule.

Mais au point de vue opératoire ces faits comportent un enseignement bien plus important.

Il est extrêmement difficile de retrouver et d'enlever les fragments de bassinet perdus au milieu de masses fibreuses dans lesquelles on ne reconnaît plus rien : l'inflammation lentement ébauchée qui les encercle dans une zone de sclérose les rend méconnaissables, et lorsque l'on va *directement* à eux, on risque ou de ne pas en trouver, ou de ne pas pouvoir les enlever. Deux fois je me suis trouvé aux prises avec ces difficultés et deux fois j'ai dû renoncer à obtenir l'éradication complète de ce que je pensais être le point de départ et la raison de cette fistule.

Pour guérir, il faut supprimer totalement et intégralement le corps étranger; s'il en persiste une partie, la fistule sera entretenue, elle ne guérira pas. Or, pour l'enlever en totalité, il ne faut pas qu'il soit sectionné, il faut *qu'il soit enlevé en bloc*.

Mais sa découverte et son isolement ne sont possibles que si l'on est guidé par un point de repère : sans repère, on va à l'aveugle et on court à un échec.

C'est l'*uretère qui doit ici constituer le point de repère*, il est toujours resté en continuité avec ces fragments; en le suivant on les atteindra très facilement.

Mais l'uretère lui-même est très difficile à découvrir, car sur une zone très étendue de sa longueur, il est enveloppé de cette périurétérite descendante, dans laquelle il est difficilement reconnaissable.

Aussi bien je pense que pour le trouver il y a souvent avantage, en pareil cas, *à aller chercher l'uretère à sa terminaison*, en une région où il n'est pas encore perdu et méconnaissable, au centre de la périurétérite qui va l'envelopper. Une fois reconnu, on l'isole, on le suit de bas en haut, on le dégaine de la série d'adhérences qui l'enveloppent et dont il se sépare aussi aisément que le rein dans la néphrectomie secondaire, et on gagne avec lui en partie les fragments conservés du bassinet.

C'est grâce à cette technique que j'ai pu guérir un malade dont l'affection avait résisté à une opération antérieure.

Pyonéphrose partielle.

Rapport sur une observation de M. Marion.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIV, 1908, p. 905.)

Est-il possible, est-il facile de faire à l'avance le diagnostic d'une pyonéphrose partielle avec deux uretères indépendants et n'allant pas jusqu'à la vessie?

Telle est la question que je cherche à résoudre à propos d'un rapport présenté à la Société de Chirurgie sur une observation de mon collègue M. Marion.

Dans ce cas, le cathétérisme urétéral pratiqué du côté malade donnait une urine sensiblement égale à celle du côté opposé, et elle contenait une plus grande quantité d'urée. Sur ce seul indice, il y avait lieu de se défier et puisque la clinique permettait ici d'affirmer que le rein droit était suppuré à la fois et distendu, il fallait se demander pourquoi ce résultat paradoxal du cathétérisme urétéral et soupçonner ou une poche ouverte dans la vessie ou un uretère double.

D'après ces indications, la néphrostomie partielle, si rare, eût pu être pratiquée ici.

V

MALADIES PARASITAIRES

Kyste hydatique rétrovésical.

(*IIIe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1898, p. 312.)

Dans le traitement des kystes hydatiques rétrovésicaux, l'incision abdominale doit être préférée à l'incision périnéale. Parmi les avantages de la laparotomie, il y a, entre autres, celui de pouvoir inciser une partie de la poche, ce qui diminue d'autant la longueur de la cicatrisation. La laparotomie permet en outre de pratiquer l'ablation de la membrane fertile du kyste et de fermer la poche sans drainage, ainsi que j'ai pu le faire une fois, depuis, sur un malade de Necker.

Un point contesté dans l'histoire de ces kystes est celui de leur origine :

j'ai pu nettement établir ici que le kyste avait son point de départ dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qui sépare la vessie du rectum.

Ces idées sont développées dans la thèse de mon élève Mouille (Des kystes hydatiques rétrovésicaux chez l'homme. *Thèse de doctorat*, Paris, 1899).

Kyste hydatique du rein.

(*Leçons de clinique chirurgicale*, Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 277. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVII, 1901, p. 681.)

Une observation de kyste hydatique du rein fait le sujet d'une leçon clinique et d'une communication à la Société de Chirurgie. Elle a trait à un gros kyste qui était ouvert dans l'uretère et ne fut d'ailleurs diagnostiqué que par les hydatides rendues par le malade.

Je l'opérai et lui appliquai la réduction sans drainage, selon la méthode du Prof. Delbet; or, qu'allait-il advenir d'un kyste réduit sans drainage, alors qu'il était en communication par l'uretère avec l'extérieur? C'était là le point intéressant de cette observation.

J'ai suivi le malade pendant sept ans; il est resté guéri de son kyste et est mort d'une autre affection. Conclusion : l'ouverture dans le bassinet d'un gros kyste n'empêche pas d'en pratiquer la réduction sans drainage.

Sur la réaction du complément dans les kystes hydatiques du rein.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 424.)

M. Weinberg a vérifié sur un malade de mon servicela réaction du complément dans les kystes hydatiques du rein : elle fut positive.

La réaction fut encore recherchée deux mois après; elle persistait encore, ce qui montre que les anticorps disparaissent très lentement.

Kystes hydatiques et tuberculose du rein.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 95.)

La pièce que je présente est remarquable à deux points de vue : elle présente des kystes multiples du rein et se distingue en cela de la plupart des kystes hydatiques du rein qui sont plus volumineux et uniques ou moins nombreux.

En outre sur cette pièce, il y a coexistence d'une tuberculose rénale avec des kystes hydatiques : on voit plusieurs cavernes à la coupe et l'uretère était manifestement tuberculeux (fig. 3).

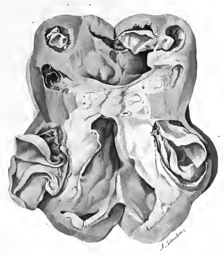


Fig. 3. — *Kystes hydatiques multiples du rein avec tuberculose.*

VI

LITHIASE URINAIRE

Lithiase urinaire expérimentale.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 59.)

En analysant l'ouvrage de Ebstein et Nicolaïer sur la production artificielle des calculs urinaires, et, plus tard, au Congrès d'Urologie (1897), j'ai indiqué le résultat de mes expériences sur ce sujet.

En ingérant, à des animaux, comme le faisaient Ebstein et Nicolaïer, de l'oxamide, j'ai pu reproduire les types de la lithiase rénale avec les divers accidents qui se développent à son occasion, notamment l'hydronéphrose par oblitération urétérale. Les pièces sont déposées dans la collection de M. Guyon à Necker : l'une, entre autres, est particulièrement intéressante. On voit la substance calcaire déposée à la manière de gouttelettes concrètes à l'embouchure des canaux excréteurs du rein sur le calice et le bassinet : c'est donc au sortir du canalicule que le dépôt se forme et se cristallise. Ceci explique d'ailleurs la rareté des calculs développés dans la substance même du rein.

Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical.
(*Thèse de Paris;* G. Steinheil, 1891.)

Sur les conseils et sous la direction de mon maître, M. le Prof. Guyon, j'ai cherché à grouper dans un seul et même travail tout ce qui se rattache à l'évolution des calculs du rein, et je me suis attaché à distraire, autant que possible, de la lithiase urinaire en général tout ce qui, au point de vue de l'anatomie pathologique, de la clinique et du traitement, intéresse plus spécialement la chirurgie.

I. — Anatomie pathologique du rein calculeux. — Au type vaguement défini de la néphrite calculeuse, j'ai substitué une classification nouvelle des lésions du rein calculeux; on avait cru longtemps qu'un calcul développé dans un rein déterminait dans le parenchyme une série de lésions qui traduisaient l'irritation de l'organe. Il n'en est rien : ce n'est pas le calcul qui fait la lésion, mais la lésion se développe banale, le plus souvent vulgaire et non spéciale, à l'occasion d'une lithiase en évolution.

L'évolution du calcul se fait *septique* ou *aseptique*, et les lésions du rein qui se développent dans l'un ou l'autre cas sont les mêmes que Charcot et Gombault, Straus et Germont, Albarran ont obtenues dans leurs expériences par la ligature septique ou aseptique de l'uretère : lésions d'inflammation et de suppuration dans le premier cas, lésions de dilatation et de sclérose dans le second, tel est, en deux mots, le processus de l'évolution des lésions du rein calculeux.

La présence d'un calcul dans un rein ne modifie par elle-même en rien son volume ni sa configuration. Toutes les fois que le rein calculeux est modifié dans ses caractères extérieurs, c'est non pas au calcul lui-même qu'il faut s'en prendre, mais aux lésions secondaires qui se sont développées à son occasion.

A. — *Lésions mécaniques. Distension sans suppuration* (*évolution aseptique*). — Ces lésions comprennent tous les degrés, depuis la plus légère dilatation du

bassinet et des calices, depuis le simple effacement des papilles, jusqu'à l'hydronéphrose totale avec atrophie complète du parenchyme rénal.

Au point de vue microscopique, ce qui fait la caractéristique de ces lésions, c'est la limpidité aseptique du liquide de distension. Au point de vue histologique, c'est la néphrite non infectieuse, la néphrite de la ligature aseptique de l'uretère.

Le premier degré est constitué par la *dilatation des calices et du bassinet, la néphrite interstitielle et l'atrophie du rein.* L'atrophie survient lorsqu'aux lésions de dilatation vient s'ajouter la prolifération du tissu conjonctif, surtout développée autour des tubes. Si la sclérose prédomine, la distension ne se fait pas; le rein s'atrophie comme dans la néphrite interstitielle, et on le trouve petit, ratatiné sur le calcul qu'il contient.

Le second degré est constitué par l'*hydronéphrose.* Ici la distension prédomine, consécutive à l'oblitération de l'uretère par un calcul engagé, et le rein se transforme en une vaste poche constituant l'hydronéphrose.

B. — *Lésions inflammatoires et suppuratives* (*évolution septique*). Les lésions de ce second groupe sont beaucoup plus fréquentes : suivant l'extension des lésions, il est encore plusieurs degrés.

La *pyélonéphrite*, la sclérose rénale sans suppuration, est caractérisée par l'inflammation et la suppuration de la muqueuse du bassinet et des calices, par la réaction conjonctive du parenchyme rénal sans suppuration.

Dans la *pyélonéphrite suppurée*, on trouve, avec la suppuration du bassinet, une suppuration disséminée dans le parenchyme rénal.

Lorsqu'aux lésions précédentes s'ajoute un obstacle quelconque à l'écoulement normal du pus de la pyélonéphrite, le bassinet, les calices se dilatent, et la *pyélonéphrite avec rétention et distension*, la *pyonéphrose* est constituée. C'est le plus souvent le calcul lui-même qui est la cause de la rétention dans les pyonéphroses primitivement calculeuses; dans les pyonéphroses secondairement calculeuses, c'est l'uretère qui, par ses valvules et ses rétrécissements force la rétention.

Enfin le tissu cellulaire périrénal réagit toujours par quelques lésions : *lipomatose* avec envahissement plus ou moins complet du rein, ou *suppuration*, phlegmon périnéphrétique.

II. — Évolution clinique. — Trois ordres de symptômes caractérisent en général la présence d'un calcul dans le rein.

La *douleur* est localisée au côté malade ou irradiée de l'autre côté, ou vers d'autres organes. C'est toujours une douleur *provoquée* par les mouvements, la marche.

Les *phénomènes réflexes* ont été l'objet d'une étude minutieuse : ils sont

décrits avec les trois manifestations établies par mon maître : *réflexe réno-rénal*, *réflexe réno-urétéral et réflexe réno-vésical*, suivant que les irradiations douloureuses se font vers l'autre rein, vers l'uretère ou vers la vessie.

L'*hématurie* est un symptôme constant; elle n'est caractéristique que parce qu'elle est une hématurie provoquée par le mouvement; elle cesse ou diminue avec le repos.

A l'occasion des crises, on la voit précéder (hématurie prémonitoire), accompagner (hématurie concomitante) ou suivre l'expulsion du calcul (hématurie consécutive).

III. — Complications. — Pour classer les accidents de la lithiase urinaire, j'ai proposé le groupement suivant, qui a été adopté depuis lors dans les descriptions didactiques. Cette classification peut être appliquée avec avantage à tous les calculs de l'économie (biliaires, salivaires, etc.).

Ce sont : 1° des accidents de *migration* (coliques néphrétiques); 2° des accidents d'*obstruction* (anurie, hydronéphrose); 3° des accidents d'*infection* (pyélonéphrites, pyonéphroses, phlegmons périnéphrétiques). Toutefois, ces distinctions sont moins tranchées dans la pratique, et souvent, par exemple, on voit réunis et combinés sur le même malade des accidents d'obstruction et des accidents d'infection.

A propos de la colique néphrétique, j'ai signalé un fait nouveau : c'est l'existence d'un état douloureux *dans la moitié correspondante* de la vessie, appréciable au toucher rectal, et persistant quelques heures ou quelques jours après l'expulsion du calcul. La raison de cet état douloureux réside sans doute dans des irritations nerveuses, directes ou réflexes.

IV. — Diagnostic. — On peut réduire à trois principales les conditions dans lesquelles se pose le diagnostic des calculs du rein et de leurs accidents.

1° *Il y a des troubles fonctionnels et subjectifs sans tumeur rénale;* le diagnostic est à faire avec les névralgies superficielles ou viscérales, le cancer du rein et la tuberculose au début.

Souvent le diagnostic est impossible et la seule ressource, c'est de pratiquer l'incision exploratrice : celle-ci est formellement indiquée toutes les fois que la persistance longue de symptômes fixes dans leurs caractères, constants dans leur reproduction, permet de penser à un calcul du rein.

2° *Il y a tumeur.* En présence d'une pyonéphrose, il n'est aucun caractère qui permette d'affirmer l'existence d'un calcul primitif ou secondaire : seuls les antécédents des malades permettront de supposer le calcul, dont les signes propres disparaissent toujours derrière ceux d'une pyonéphrose établie.

3° *Il y a anurie avec ou sans tumeur rénale.* Les antécédents du malade et

les conditions dans lesquelles est survenue l'anurie permettent de dire si elle est calculeuse, et c'est à l'exploration attentive et soignée du malade que l'on devra demander de préciser le siège de l'obstacle.

V. — Thérapeutique. — Ce chapitre comprend l'étude des indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale, et l'appréciation de ses résultats. Trois cas sont à considérer.

1° *Calcul dans un rein sain et de dimensions normales.* — L'incision exploratrice met le rein à nu : le rein est incisé sur son bord conxeve. L'opération de choix est la néphrolithotomie avec suture complète du parenchyme. La néphrectomie reconnaît seulement deux indications : la difficulté ou l'impossibilité d'enlever tous les calculs, et l'inutilité évidente pour l'avenir d'un parenchyme rénal atrophié.

2° *Calcul dans un rein abcédé et de dimensions anormales.* — Je défends pour ces cas la néphrotomie contre la néphrectomie. L'objection tirée des opérations incomplètes ou de la persistance d'une fistule, ne suffit pas à faire rejeter cette opération.

3° *Intervention dans l'anurie et les calculs de l'uretère.* — Je pose ici des conclusions formelles en faveur de l'opération immédiate : depuis lors j'ai eu l'occasion d'y revenir à nouveau.

Suivent les statistiques qui viennent appuyer et défendre ces conclusions thérapeutiques.

La description que j'ai donnée des calculs du rein, la classification que j'ai proposée pour leurs lésions et leurs complications a été reproduite depuis lors dans les traités classiques.

Énorme calcul du rein.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVII, 1911, p. 1136)

Calcul du poids de 180 grammes, mais peu dense et, par conséquent, énorme, que j'ai enlevé du rein d'un malade dans des conditions très difficiles. Guérison.

Les calculs bilatéraux des reins.

(*XI[e] Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1907, p. 561.)

De nos jours, le diagnostic des calculs bilatéraux des reins est devenu possible grâce à la radioscopie et à la radiographie. Celles-ci nous permettent de découvrir des calculs dont aucune réaction clinique ne traduit l'existence.

Ayant eu à traiter sept malades, porteurs de calculs dans les deux reins, j'ai dû les opérer des deux côtés et j'ai voulu envisager et discuter quelques-uns des problèmes cliniques que soulève la lithiase double des reins, en dehors de l'anurie.

1° *Et, tout d'abord, faut-il opérer les deux reins?* — La réponse ne me paraît pas douteuse : l'opération est indiquée des deux côtés pour sauver le rein des lésions que le calcul entraîne à sa suite; sous réserve des contre-indications opératoires habituelles (insuffisance rénale, lésions cardiaques, etc.).

2° *Faut-il opérer des deux côtés à la fois?* — Non : en opérant des deux côtés à la fois, on imposerait à un organisme amoindri un choc beaucoup trop intense. Même réduite à un seul côté, l'opération est déjà assez grave par elle-même du fait des lésions bilatérales; et je rapporte une observation où l'anurie suivit la première opération. Chez une autre malade, l'anurie mortelle suivit, quelques mois après, l'opération, témoignant ainsi de l'insuffisance rénale chez ces malades, et de la nécessité où l'on est de graduer avec prudence la dose d'opération à leur imposer, sous peine de s'exposer à des désastres.

Donc, l'opération du calcul rénal doit être faite successivement sur les deux reins. Un intervalle de trois à quatre mois séparera les deux opérations.

3° *A quel côté doit-on s'adresser tout d'abord?* — D'ordinaire, on se base sur les accidents observés et on choisit pour opérer le premier le rein qui est le siège de douleurs actuelles ou le point de départ des hématuries.

Mais, à défaut d'accidents actuels ou récents, la situation et surtout la mobilité des calculs a plus d'importance que le nombre pour la détermination du côté à opérer. Ainsi un calcul petit, qui se montre mobile aux radiographies successives, doit être opéré le premier; il peut, en effet, s'engager dans l'uretère, obturer au moins ce conduit, et causer une complication mortelle à la suite de la néphrolithotomie.

Un de mes malades voulait être opéré de ses 13 calculs gauches : je voulus opérer d'abord un petit calcul que, à droite je déplaçais facilement. Bien m'en a pris, car à l'opération celui-ci était déjà engagé et obturait l'uretère.

Lorsqu'aucun des reins n'est actuellement le siège de douleurs ou d'hématurie, lorsque tous les deux sont également silencieux et que par ailleurs la situation des calculs est la même, à l'encontre des auteurs qui préconisent d'abord l'opération du rein le plus malade, je crois qu'il y a avantage à opérer d'abord le rein le moins malade.

Il faut à tout prix sauver celui des deux reins qui, par sa relative intégrité, est mieux à même d'entretenir l'existence, et aussi se réserver de pouvoir enlever, s'il était nécessaire, le rein le plus malade, une fois qu'on se serait assuré de l'intégrité de l'autre.

Faute d'avoir procédé ainsi, j'ai dû, sur un de mes malades, pratiquer trois opérations, alors que deux auraient suffi.

J'insiste sur la *gravité* de la lithiase double : j'ai opéré sept malades par la double opération. Sur ces sept malades, un est mort d'anurie à la suite de la première opération, deux sont morts d'anurie et d'urémie un an après la deuxième opération, deux sont en rédicive, deux sont en bon état.

Anurie calculeuse.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 865.
Journal des Praticiens, 1906, n° 8, p. 118.)

Depuis la thèse de Merklen, aucun travail n'avait paru sur l'anurie, la plus grave de toutes les complications de la lithiase urinaire. Quelques interventions seulement avaient été pratiquées tant en France qu'à l'étranger pour lever un obstacle urétéral ou créer une fistule lombaire, lorsque je fus amené, à l'occasion d'une étude sur les calculs de l'uretère, à étudier ce point particulier et très intéressant de l'histoire clinique de l'insuffisance rénale. Déjà dans ma thèse, me plaçant au point de vue purement chirurgical, j'avais posé des conclusions fermes au sujet de l'intervention; depuis lors j'ai poursuivi ces recherches, j'ai eu personnellement l'occasion d'intervenir plusieurs fois dans ces circonstances et de mettre en pratique les conclusions que j'avais nettement formulées dans mon premier travail.

Abandonnée à elle-même, l'anurie détermine la mort à une époque qui varie avec le degré de l'obstruction, la nature des lésions et la tolérance du malade. Cette terminaison survient dans 70 p. 100 des cas environ. Au delà du cinquième ou du sixième jour, les chances de mort augmentent progressivement et à peu près dans une raison proportionnelle à la prolongation de l'anurie.

A cette mortalité effrayante de l'anurie livrée à elle-même, j'oppose les résultats de l'opération, qui est suivie de guérison dans 66 p. 100 des cas.

Pour légitimer l'urgence de l'opération, j'ai établi à l'aide des faits cliniques et des observations anatomiques, que l'anurie calculeuse n'était pas une anurie réflexe, mais qu'elle relevait *d'une obstruction purement mécanique.* J'ai montré que les anuriques sont des individus dont l'autre rein est supprimé antérieurement et chez lesquels, par conséquent, il n'y a pas lieu d'invoquer l'influence douteuse d'un réflexe d'arrêt sur le congénère. Ce réflexe n'existe pas dans ces circonstances, ou, s'il existe, il s'exerce sur un rein tellement altéré, qu'on ne doit pas en tenir compte et il n'est pas une seule observation anatomique pour prouver dans ces conditions l'intégrité du rein opposé. Tous les faits que j'ai vus depuis mes premières recherches, toutes mes opérations ultérieures m'ont confirmé dans cette

notion que le rein opposé est toujours malade; dès lors, si l'anurie calculeuse résulte d'une obstruction, le seul traitement qui lui convienne, c'est d'aller à la recherche de l'obstacle et de le supprimer pour rétablir le courant urétéral.

L'oblitération urétérale peut se faire sur tous les points du trajet de l'uretère; cependant, l'analyse de tous les cas connus m'a amené à conclure que dans les deux tiers des cas environ, l'obstacle, c'est-à-dire le calcul, siégeait à la partie supérieure de l'uretère ou dans le bassinet, et que, par conséquent, l'incision lombaire avait les plus grandes chances de conduire directement sur le corps étranger.

Le *diagnostic* de l'anurie calculeuse est parfois très délicat : il en est ainsi en particulier lorsque les malades ont eu si peu de douleurs qu'ils en ont perdu le souvenir; et la difficulté est d'autant plus sérieuse de préciser lequel des deux uretères a été récemment lésé, que toujours les malades ont eu antérieurement des coliques néphrétiques des deux côtés. J'ai montré que, dans ces cas, il est un élément de diagnostic de grande valeur : la palpation des reins fait percevoir d'un des côtés une résistance de la paroi abdominale, *une contracture de défense*, qui n'existe pas de l'autre côté; et deux fois sur trois interventions personnelles, je me suis basé sur ce nouveau signe en l'absence de tout commentaire pour choisir le côté à opérer, et ce signe ne m'a pas trompé.

Le *traitement* a été, de ma part, l'objet d'une étude particulière. L'opération, pour être efficace, doit être précoce et précéder la phase urémique : on ne doit pas attendre au delà du cinquième ou sixième jour, et c'est la date ultime au delà de laquelle on ne doit pas retarder l'opération.

Mais l'opération quelle doit-elle être?

Le traitement de choix, c'est l'incision lombaire qui a l'avantage de permettre à la fois l'exploration du rein et de l'uretère, l'ablation du calcul si on le rencontre, ou la création d'une fistule lombaire, s'il n'est pas rencontré.

Plusieurs fois j'ai eu personnellement l'occasion d'intervenir avec succès dans ces conditions; l'une de ces observations est particulièrement intéressante. Un malade se présentait à Necker en état d'anurie depuis cinq jours : il y avait des antécédents lithiasiques; je trouvai à gauche une résistance spéciale de la paroi et je diagnostiquai une oblitération urétérale récente de ce côté. Le rein gauche fut mis à nu par une incision lombaire, et largement fendu sur son bord convexe. Quelques calculs furent extraits du bassinet. Pour m'assurer de la perméabilité de l'uretère, je fis le cathétérisme rétrograde de ce conduit, et l'explorateur s'arrêta à quelques centimètres au-dessous du rein, en un point où la palpation de l'uretère me donnait une résistance particulière. C'était un calcul : je pus le refouler jusqu'au bassinet et l'extraire. Le rein fut suturé complètement ainsi que la plaie lombaire. Le soir, la sécrétion urinaire se rétablissait et le malade guérit.

C'est au moins la première observation dans laquelle on ait fermé le rein et

obtenu la réunion primitive malgré la tension à laquelle il était soumis depuis cinq jours. Cette observation a été communiquée à l'Académie de Médecine dans la séance du 10 juillet 1894.

La pyélotomie dans la lithiase rénale.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXXIV, 1908, p. 1167.)

Il y a vingt-cinq ans, la pyélotomie existait seule pour le traitement des calculs du rein. Lorsque la néphrotomie parut, elle fut considérée comme un grand progrès, et dans ma thèse j'accentuais le mouvement qui devait porter cette intervention au premier rang des opérations pour calculs du rein.

Actuellement, la pyélotomie reparaît : les éléments de la discussion ne sont plus les mêmes qu'autrefois, et dans un rapport présenté à la Société de Chirurgie à propos de deux observations de M. Marion, j'ai eu l'occasion d'exposer mes idées sur la pyélotomie.

1° En ce qui concerne l'*extraction*, elle est incontestablement plus facile, plus simple et plus bénigne que la néphrolithotomie. Elle est moins mutilante pour le rein et a cet avantage de laisser le parenchyme rénal intact.

2° En ce qui concerne l'*exploration*, la pyélotomie me paraît au contraire notablement inférieure à la néphrotomie.

A ce point de vue cependant, il me paraît juste d'envisager à part les bassinets que j'ai appelés *ramifiés* et ceux que j'ai dénommés *ampullaires*.

Dans un bassinet ampullaire, il y a beaucoup de place pour évoluer et l'exploration peut se faire ici à peu près égale par la pyélotomie et par la néphrolithotomie.

Au contraire, dans un bassinet ramifié, il n'en va plus de même et l'exploration de toutes les dépendances et territoires de ce bassinet me paraît très difficile par la pyélotomie. Avec la néphrotomie, on a un accès plus facile et plus direct sur les calculs extrêmes au moins, et l'avantage par conséquent resterait à cette dernière opération si nous n'avions pas à notre disposition d'autres moyens d'exploration.

Mais actuellement l'avènement de la radiographie a modifié sur plusieurs points notre attention. Quand elle est positive, l'exploration est déjà faite par elle; nous ne demandons plus à l'opération que l'extraction du calcul et nous la pratiquons par la voie la plus courte et la plus directe, par la pyélotomie.

Si la radiographie est négative, l'opération est avant tout exploratrice et dans un cas de ce genre je pratique plus volontiers la néphrotomie.

C'est ainsi et c'est en cela que la radiographie a pu modifier notre attitude en présence d'un calcul du rein.

Ces deux opérations, la pyélotomie et la néphrotomie, se complètent l'une et l'autre : elles ont chacune leurs indications et leurs contre-indications.

Calculs de l'uretère.

(*XIIIe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1909, p. 179; et *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVIII, 1911, p. 213.)

J'envisage ici surtout la question de l'opération des calculs de l'uretère.



Fig. 4. — *Découverte sous-péritonéale de l'uretère pelvien par l'incision médiane de la laparotomie après l'ouverture préalable du péritoine qui a servi à l'exploration.*

Je défends avec insistance la voie extrapéritonéale, trouvant que la voie intra-péritonéale expose à des dangers de contamination de la séreuse.

Lorsque les nécessités de la clinique forcent à faire une exploration intra-péritonéale — de ce côté, l'exploration est toujours meilleure, — je ne consens pas cependant à terminer l'opération sur l'uretère par cette voie de la laparotomie. J'ai recours alors à un procédé personnel qui consiste à combiner instantanément sur le même malade les voies intra et extra-péritonéale.

Une fois l'exploration faite à l'aide de la laparotomie médiane, je referme le péritoine, comme on le voit sur la figure 4, puis je décolle le péritoine de la paroi abdominale et aborde l'uretère dans toute l'étendue de son domaine pelvien. Il est possible de faire ainsi sur l'uretère, par cette incision médiane mais extra-péritonéale, tout ce qui est nécessaire sans avoir à aucun moment la crainte de contaminer la séreuse.

J'ai eu plusieurs fois recours à ce procédé avec de très bons résultats, et dans des cas où la désunion de l'uretère et la fistulisation temporaire aurait peut-être donné lieu à une péritonite si l'opération s'était faite tout entière intra-péritonéale.

Calculs mobiles du rein et de l'uretère.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1906, t. XXXII, p. 357.)

Il est dans le rein et l'uretère des calculs mobiles parce que petits : ils passent du rein à l'uretère, descendent jusqu'à la vessie et remontent ensuite dans le rein sous l'influence d'un changement d'attitude. Dans cette note, je signale les difficultés que cette variété nouvelle de calculs réno-urétéraux impose à l'opérateur et à l'opération. Sur le malade qui en fait l'objet, les calculs ne furent jamais trouvés à la même place au cours de cinq radiographies successives, et j'ai dû pour les enlever mettre d'abord le malade la tête en bas, et l'agiter par succussion, pour les faire descendre dans le rein où j'eus la satisfaction de les trouver tous les deux.

Des calculs de la portion prostatique de l'urètre.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 769.)

Si on les compare au grand nombre des calculs vésicaux, les calculs de l'urètre prostatique sont relativement rares. Ayant eu l'occasion d'observer à Necker trois malades porteurs de « pierres prostatiques », j'ai cru devoir développer quelques considérations relativement à la localisation, à la fixité de ces calculs, et au traitement qui leur convient.

J'établis d'abord, conformément à la doctrine de mon maître, « qu'il n'y a que des calculs de la portion prostatique de l'urètre ». Les prétendus calculs développés dans les glandes de la prostate n'existent pas.

Parmi les calculs, qui viennent de la vessie à la prostate, les uns sont *mobiles :* on peut les déplacer, on doit même les refouler dans la vessie pour les extraire ; les autres sont *fixes*, ils restent dans la prostate et y déterminent une dilatation considérable qui, tantôt porte sur la prostate seule, tantôt porte à la fois sur la prostate et sur le col. Dans le premier cas, le calcul peut prendre une forme en sablier, avec un prolongement intra-vésical.

Au point de vue clinique, les calculs de la portion prostatique se distinguent par la moindre importance des hématuries, par la prédominance de la rétention mécanique, par l'intensité des phénomènes rectaux (ténesmes, épreintes). Par le toucher rectal, on sent quelquefois le calcul, mais surtout on développe au niveau de la prostate une douleur localisée et très vive.

Le traitement de choix consiste dans la taille périnéale.

VII

TUBERCULOSE GÉNITO-URINAIRE

Traitement des tuberculoses urinaires.

En collaboration avec le Dr Chevassu.

***(Rapport au Congrès de la Tuberculose.* Rome, 1912.)**

Dans ce travail, nous envisageons presque exclusivement le traitement de la tuberculose rénale. A l'aide de nos résultats personnels, dont quelques-uns remontent à plus de dix ans, nous pouvons établir la légitimité de la néphrectomie précoce à l'encontre du traitement par les tuberculines dont les résultats ne nous sont pas montrés favorables.

Des fistules post-opératoires après la néphrectomie pour tuberculose.

(*Revue de Chirurgie*, 1909, p. 86.)

Dans un mémoire sur les périnéphrites, publié dans la *Revue de Chirurgie*, j'ai été amené à étudier la question des fistules lombaires qui succèdent à la néphrectomie pour tuberculose.

De ces fistules, les unes sont dues à la *contamination de la plaie* au cours de l'opération. Le bassinet a été ouvert, le pus se répand dans la plaie et inocule la région. Pour les éviter, il faut autant que possible enlever le rein comme un vase clos en coupant au thermo-cautère l'uretère entre deux ligatures.

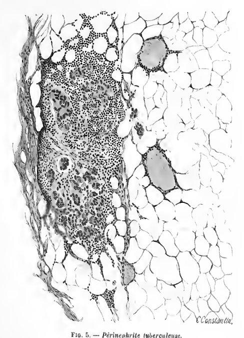


Fig. 5. — *Périnephrite tuberculeuse.*
Volumineux tubercule avec de nombreuses cellules géantes dans la couche graisseuse périrénale.

D'autres fistules sont d *origine urétérale :* le bout inférieur de l'uretère conservé et lui-même tuberculeux entretient la suppuration. Ces fistules cependant ne sont pas tellement fréquentes ni durables qu'elles obligent à pratiquer l'urétérectomie totale. C'est là une opération assez complexe et pourtant assez grave, et d'ailleurs inutile ; j'y ai renoncé.

D'autres fistules enfin sont d'*origine périrénale :* elles sont dues aux lésions tuberculeuses de la capsule graisseuse, lésions elles-mêmes consécutives à la tuberculose du rein.

La tuberculose de la capsule graisseuse du rein fut observée jusqu'ici par tous les chirurgiens et signalée souvent, au cours de ces périnéphrites tuberculeuses, qui se propagent de proche en proche depuis les tubercules de la surface du rein jusqu'aux régions éloignées de la région lombaire. Mais, à côté de cette forme classique, de la tuberculose périrénale, j'ai signalé des lésions de tuberculose *à distance*, dans la capsule graisseuse du rein, et dans des cas où le rein est absolument sain à sa surface, et d'autre part où la capsule graisseuse du rein ne présente elle-même à l'œil nu et au palper aucune modification qui puisse permettre de penser qu'elle est malade.

Les bacilles partis du rein ont suivi dans ces cas les lymphatiques et la capsule; ils y déposent des embolies microbiennes et y développent à distance des lésions spécifiques.

La figure 5 représente précisément une lésion de ce genre, un gros tubercule observé loin du rein et sans qu'une continuité de lésions s'établisse du rein à la capsule.

Ces faits éclairent d'un jour nouveau la pathogénie de ces fistules post-opératoires en quelque sorte incompréhensibles, que l'on voit se produire après des opérations correctes et dans lesquelles le rein a été enlevé en bloc, en vase clos, sans ouverture, et sans contamination possible de la loge rénale.

Au point de vue opératoire, elles nous amènent à une conclusion pratique : l'*ablation systématique de la capsule graisseuse du rein* dans tous les cas de néphrectomie par tuberculose et non pas seulement comme on le faisait alors, dans les cas où elle est altérée et nettement malade.

Du rôle des sténoses urétérales dans l'extension de la tuberculose rénale.
(*XIVe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1910, p. 444.)

Je rapporte une observation de tuberculose sténosante de la terminaison de l'uretère : il en était résulté une hydronéphrose dans un rein déjà tuberculeux. Les lésions de tuberculose et d'hydronéphrose évoluaient parallèlement, les premières sans doute favorisées par la sténose urétérale.

Rein tuberculeux et rétention rénale simultanée (Tuberculose et hydronéphrose).
(*Ve Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1901, p. 493.)

J'ai observé sur le même rein des lésions de tuberculose et d'hydronéphrose; c'est une pièce très rare. Je rapporte l'observation de la malade qui s'était pré-

sentée avec les signes d'une uropyonéphrose droite, sans que j'aie pu soupçonner la tuberculose. Et ce n'est qu'après avoir enlevé le rein que j'ai trouvé au centre d'une hydronéphrose très nette trois cavernes tuberculeuses.

Ici la tuberculose était venue se greffer sur une hydronéphrose préexistante et, profitant de cette occasion, j'essaie de définir ce qu'on entend par hydronéphrose tuberculeuse.

Il y a sous ce titre trois catégories de lésions :

1° *Des faits où la tuberculose existe dans l'uretère;*

2° *Des faits dans lesquels la tuberculose existe à la fois dans le rein et dans l'uretère;*

3° *Des faits dans lesquels la tuberculose existe dans le rein*, alors qu'un *rétrécissement indépendant de l'uretère* fait la dilatation du bassinet.

En résumé, il y a toujours hydronéphrose et tuberculose, quelquefois hydronéphrose par tuberculose, mais jamais hydronéphrose tuberculeuse.

De l'anurie après la néphrectomie.

(*XIIe Session de l'Association française d'Urologie*. Paris, 1910, p. 503.)

L'anurie se voit à la suite de la néphrectomie chez des malades dont l'autre rein était diagnostiqué malade, mais dans des conditions qui devaient permettre la néphrectomie. Mais ceci se produit aussi chez des malades dont l'autre rein était apparu comme sain antérieurement.

Dans un cas comme dans l'autre, la néphrotomie peut sauver le malade : je cite une observation à l'appui.

La vessie dans la tuberculose rénale.

(*Paris médical*, 31 décembre 1910, n° 5, p. 100.)

J'étudie dans cet article les diverses manières suivant lesquelles la vessie se comporte au cours de la tuberculose rénale. Les lésions, toujours secondaires, sont d'abord discrètes, puis s'étendent : elles guérissent après la néphrectomie, d'autant plus vite qu'elles sont plus légères, c'est-à-dire que la néphrectomie est plus tôt pratiquée. Quand elles s'étendent à la suite de la néphrectomie, c'est que l'autre rein est malade, et il peut y avoir dans ces cas, après échec des traitements simples, des raisons de faire l'exclusion vésicale.

L'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 965. *Bulletin médical*, 22 octobre 1910, p. 971.)

Il est des cystites tuberculeuses qui ne s'améliorent pas à la suite de la néphrectomie : non seulement elles doivent être traitées pour elles-mêmes, mais le traitement dit médical échoue le plus souvent. Bien qu'il soit difficile de dire le pourquoi de ces différences entre des vessies qui guérissent rapidement à la suite de la néphrectomie et d'autres qui s'aggravent progressivement, je pense cependant que ces dernières sont la conséquence d'une tuberculose du rein unique, tuberculose concomitante de la première néphrectomie, ou tuberculose consécutive et due à une inoculation secondaire.

Quoiqu'il en soit, pour ces cystites se pose le difficile problème de soulager les malades par une action chirurgicale. Or à ce point de vue la chirurgie s'est montrée particulièrement dépourvue.

Depuis longtemps la cystostomie s'est montrée impuissante à soulager complètement ces vessies douloureuses. Par ailleurs la cystectomie s'est montrée d'une excessive gravité.

J'ai pensé trouver dans la dérivation complète des urines par le gros intestin un moyen de mettre la vessie complètement au repos et de supprimer les douleurs de sa contraction.

Telle est l'opération que j'appelle *exclusion vésicale*. Le terme est nouveau, mais la chose ne l'est pas : depuis longtemps on a implanté dans l'intestin des uretères. Ce qui est original ici, c'est l'application à la tuberculose d'une opération connexe.

Sur un malade qui, cinq ans après une néphrectomie, souffrait d'une cystite tuberculeuse extrêmement douloureuse, j'ai vu de suite, après l'implantation du seul uretère dans l'anse sigmoïde, les douleurs cesser immédiatement, le ténesme disparaître, et la vessie n'a plus jamais fait sentir sa présence. La suppression de son fonctionnement a définitivement aboli toutes les sensations si intenses qu'il procurait au malade.

Ainsi est confirmée la notion depuis longtemps classique et formulée par mon maître Guyon : dans les cystites, ce qui est douloureux, c'est la contraction fonctionnelle de l'organe.

Le danger, pour le rein, d'une infection ascendante est réel; il est le même dans une vessie aussi infectée. Et puis l'exclusion n'est qu'une opération palliative et destinée à rendre supportables les derniers mois d'une existence qui va finir.

Le soulagement immédiat et définitif obtenu par mon malade opéré depuis huit mois, la résurrection extraordinaire qu'il a subie au point de vue général, m'autorisent à demander pour l'exclusion vésicale une place exceptionnelle mais très honorable dans le traitement des cystites tuberculeuses graves et peut-être même de quelques cystites rebelles non tuberculeuses.

Mon élève di Chiara a développé ces notions dans sa thèse de 1911 faite sous mon inspiration.

Sur la tuberculose vésicale.

(*XIIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1910, p. 697.)

Je combats la théorie de la cystite primitive et rappelle que, pour la soutenir, les observations cliniques ne sont pas suffisantes.

Traitement de la tuberculose vésicale par l'acide phénique.

(*XIVe Session de l'Association française d'Urologie*. Paris, 1910, p. 743.)

Le traitement de la cystite tuberculeuse par la méthode de Rovsing est très douloureux : je n'ai pu atteindre les doses préconisées par cet auteur. A doses plus minimes, j'en ai vu de très grandes améliorations.

Des rétrécissements tuberculeux.

(*XIVe Session de l'Association française d'Urologie*. Paris, 1910, p. 175.)

Je rapporte une observation de rétrécissement tuberculeux de l'urètre, pour lequel je dus pratiquer l'urétrotomie interne. Le malade mourut plus tard de tuberculose généralisée.

Cette observation est loin, à mon avis, de présenter toutes les garanties voulues, parce qu'elle est dépourvue de tout contrôle anatomique.

Et, dans cette note, je montre précisément que les observations avec lesquelles a été ébauchée l'histoire des rétrécissements tuberculeux de l'urètre sont ou insuffisantes ou imprécises. Et si, à côté de la tuberculose sténosante, seule démontrée, il y a d'autres formes, il faut attendre des recherches anatomiques ou expérimentales les faits nécessaires à leur démonstration.

Localisation et extension de la tuberculose testiculaire.

(*Leçons de clinique chirurgicale*, Hôtel-Dieu. Paris, Alcan, 1902, p. 262.
Presse médicale, 1906, n° 49, p. 389.)

Des opérations conservatrices dans le traitement de la tuberculose testiculaire.

(*Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 10 octobre 1899.
Congrès international de Médecine. Paris, 1900, p. 136.
Genital Tuberculosis. The Amer. Journ. of Urology, octobre 1908, n° 10, p. 404.)

Dans une série de travaux, je me suis attaché à préciser les voies d'extension de la tuberculose testiculaire.

A l'aide des faits cliniques, je formule plusieurs propositions qui sont les suivantes : 1° D'abord, la tuberculose testiculaire est avant tout une *tuberculose épididymaire.*

2° En outre, la *tuberculose épididymaire débute toujours par la queue de l'épididyme.* Quand elle n'est que partielle, elle n'existe qu'au niveau de la partie caudale; quand les lésions sont totales et étendues à tout l'épididyme, on les trouve prédominantes en bas et en arrière.

3° Enfin, la tuberculose du déférent accompagne et précède souvent la tuberculose de l'épididyme. Ces lésions, sans doute, s'accentuent en même temps que progressent les lésions épididymaires; mais quand on voit le malade de bonne heure, le canal déférent est déjà altéré alors que l'épididyme commence à se prendre.

4° Je rappelle enfin la coexistence bien connue des lésions tuberculeuses dans les vésicules séminales, mais j'établis qu'elles sont très souvent préexistantes aux lésions épididymaires. Quand on les recherche systématiquement chez tous les malades qui sont suspects de tuberculose, on est surpris de trouver des lésions déjà existantes, toujours sans symptômes, sans réaction. J'ai pu ainsi prévoir la contamination du testicule après avoir constaté par le toucher rectal des lésions profondes et annoncer quelques mois à l'avance l'extension de la tuberculose au déférent et à l'épididyme.

De ces considérations qui établissent entre la tuberculose et la syphilis du testicule une si grande différence, je concluais que la tuberculose du testicule n'est qu'une tuberculose propagée qui, des parties profondes, s'étend par le canal éférent jusqu'à l'épididyme d'abord, puis de l'épididyme au testicule.

La tuberculose par *infection sanguine* est beaucoup plus rare au niveau du testicule; elle se comporte d'une tout autre façon, et la tuberculose testiculaire,

dans sa forme la plus habituelle, la plus commune, semble se comporter comme une *infection canaliculaire*.

Sur quelques malades, j'ai suivi pour ainsi dire pas à pas cette extension de la tuberculose des parties profondes vers les parties superficielles, le déférent était lésé dans tout son segment pelvien, il était indemne ainsi que l'épididyme dans sa traversée scrotale.

Ces notions n'ont pas un intérêt seulement doctrinal; au contraire, elles comportent une importance pratique considérable.

Si la tuberculose testiculaire frappe d'abord l'épididyme, la castration est inutile et excessive : l'épididymectomie suffit.

En outre, j'ai même proposé et réalisé le *traitement préventif* de la tuberculose testiculaire par la ligature du canal déférent chez les malades qui, porteurs de lésions tuberculeuses prostato-vésiculaires importantes, n'ont de lésions testiculaires que d'un côté. Lorsque l'intervention est nécessitée de ce côté, je la pratique et je lie en même temps le canal déférent du *côté sain* pour empêcher de ce côté la propagation de la tuberculose des parties profondes vers les parties superficielles, et aucun des malades sur lesquels j'ai été appelé à faire cette opération n'a eu de tuberculose testiculaire du côté correspondant.

Je suis d'ailleurs très peu partisan des opérations dans la tuberculose testiculaire, et je pense que cette affection est une de celles pour lesquelles le traitement général est le meilleur.

Quoi qu'il en soit, quand l'opération est nécessaire, c'est à l'épididymectomie que j'ai recours; et mon élève Audebal (*Thèse de Paris*, 1898) a décrit le procédé opératoire qui m'est personnel.

Le scrotum étant relevé sur l'abdomen, je fais sur le raphé *postérieur* une incision médiane et verticale, qui a l'avantage de laisser une cicatrice cachée.

Par cette plaie unique, j'aborde successivement les deux testicules : j'excise au bistouri l'épididyme, une partie du canal déférent et le feuillet pariétal de la tunique vaginale pour éviter son inoculation secondaire.

Tuberculose du cordon spermatique.

(*Revue de la Tuberculose*, 1909, p. 37.)

Au cours de la tuberculose génitale, il n'est pas rare de voir la tuberculose envahir le cordon spermatique. J'ai vu souvent des tuberculomes du cordon se faire sur le trajet du canal déférent; on dirait alors que dans son extension, la tuberculose du canal déférent, rencontrant un obstacle, a profité des espaces celluleux du cordon, qui s'ouvraient librement à elle, pour s'y répandre à loisir.

Mais cet envahissement du cordon est toujours secondaire; il y a toujours en même temps de la tuberculose du canal déférent, et il y a presque toujours aussi de la tuberculose de l'épididyme et du testicule ou de la prostate et des vésicules séminales. La lésion du cordon passe au second plan.

La tuberculose *primitive* du cordon, indépendante d'une tuberculose concomitante du testicule, du canal déférent ou de la prostate, est au contraire très rare; sur un nombre considérable de malades atteints de tuberculose génitale examinés systématiquement à un autre point de vue, je n'ai rencontré aucun cas de ce genre, et dans les recherches assez étendues que j'ai faites à ce sujet dans la littérature, je n'en ai pas non plus trouvé un seul exemple.

J'en rapporte ici un cas très typique et très intéressant au double point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique.

La tuberculose était primitive dans le cordon : le déférent était indemne. Il présentait à peine un peu d'envahissement de dehors en dedans au niveau de la lésion.

La tumeur se présentait sous la forme d'une tumeur mollasse, mal limitée.

De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, t. XXXI, 1905, p. 136, et t. XXXV, 1909, p. 1069.)

Depuis le jour où Ullmann pratiquait pour la première fois l'ablation de la vésicule séminale tuberculeuse, peu d'opérations de ce genre ont été encore exécutées jusqu'à ce jour.

J'eus l'occasion de pratiquer six fois la spermatocystectomie : ma première opération date de 1901, ma dernière date de quelques jours. Et j'ai communiqué à la Société de Chirurgie le résultat de mes observations en ce qui concerne la technique, les résultats et les indications de la spermatocystectomie dans la tuberculose.

Technique. — Entre la voie *inguinale* et la voie *périnéale*, toutes mes préférences vont à cette dernière; par cette voie, l'accès est assuré aux deux vésicules, la libération des cordons peut être faite d'une façon assez complète pour que l'extraction en soit assez facile après cela par la voie inguinale.

L'ablation de la vésicule séminale est toujours complétée par l'extirpation de la totalité du canal déférent et des deux épididymes malades. C'est en somme l'ablation complète des voies génitales que je réalise ainsi.

Résultats. — Tous mes malades ont guéri sans complication, un seul eut une hémorragie secondaire non mortelle.

Le résultat éloigné s'est montré très favorable. A part un de mes malades qui est mort de tuberculose pulmonaire un án après l'opération, les autres ont été revus en très bon état après quatre, trois et deux ans. L'extension de la tuberculose a été entravée, les mictions sont moins fréquentes, les urines sont redevenues claires, les testicules n'ont présenté aucune localisation tuberculeuse, et l'appareil urinaire est resté indemne.

Ces résultats montrent donc que la localisation de ces tuberculoses à l'appareil génital est souvent assez exactement limitée pour que leur ablation puisse être faite dans de bonnes conditions.

Indications. — La bénignité bien connue des lésions tuberculeuses de la prostate et des vésicules séminales ne permet pas d'appliquer souvent à ces lésions une opération chirurgicale. Cependant, les extensions de ces tuberculoses aux testicules, leur transformation caverneuse atténuent aussi la loi de bénignité à laquelle je fais allusion.

ussi bien, tout en reconnaissant que la spermatocystectomie doit avoir des indications très rares, je trouve l'opération justifiée pour les *grosses* lésions, pour les lésions *douloureuses*, pour celles enfin qui se ramollissent et sont à la veille de s'abcéder.

VIII

DES NÉOPLASMES DE L'APPAREIL URINAIRE

Traitement du cancer de l'appareil urinaire et des organes génitaux de l'homme.

(*Rapport présenté au IIe Congrès de la Société internationale de Chirurgie*, à Bruxelles, septembre 1908.
Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1908, p. 1574.)

En 1908, lorsque la Société internationale de Chirurgie, qui se tient à Bruxelles, fit une vaste enquête sur les résultats du traitement chirurgical du cancer, je fus chargé de l'appareil urinaire et génital de l'homme.

Dans ce rapport, basé presque exclusivement sur des résultats personnels, j'arrivais, en manière de conclusion, à établir l'échelle de gravité des cancers de l'appareil urinaire et des organes génitaux de l'homme.

Les plus graves sont ceux de la prostate, de l'urètre, de la vessie. Les cancers du rein viennent après. Puis au delà et assez loin se trouvent ceux du testicule et de la verge. Ces derniers sont certainement moins graves que les autres, et c'est là que la chirurgie est appelée à recueillir les résultats les meilleurs avec de vraies guérisons.

Est-ce là une question de moindre malignité primitive? N'est-ce pas plutôt une question de résistance organique ou de défense locale? Ou, enfin, cela ne tient-il pas tout simplement à ce que la situation extérieure de ces organes permet des diagnostics plus hâtifs et des interventions plus précoces et plus larges? Pour l'instant, nos connaissances sur la nature du cancer sont trop incertaines et trop confuses pour qu'il nous soit permis de répondre à ces questions.

Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein.

(*Presse médicale*, 17 août 1895, p. 321.
II[e] Session de l'Association française d'Urologie. Paris, Doin, 1897.)

J'ai cherché à élucider la pathogénie du varicocèle symptomatique des tumeurs du rein. Cette question n'avait, à ma connaissance du moins, fait l'objet d'aucun travail, depuis que M. Guyon avait signalé la valeur clinique de ce symptôme.

On attribuait la production du varicocèle à la compression par la tumeur des veines spermatiques. En me basant sur les documents cliniques et les pièces anatomo-pathologiques que j'avais trouvés dans le service de mon maître M. le Prof. Guyon, j'ai établi que, tout au contraire, le varicocèle n'affectait aucun rapport avec le volume de la tumeur, mais qu'il reconnaissait pour cause *la compression des veines spermatiques par l'adénopathie prévertébrale.*

Tous les faits que j'ai observés depuis mes premières recherches m'ont confirmé dans cette manière de voir. Et récemment, sur un malade que j'ai opéré et dont l'observation fait la base de la thèse de mon élève Hauser, j'ai pu faire des constatations précises : le varicocèle était énorme : dans le rein, il n'y avait qu'un noyau épithélial; mais, au contact du rein, des ganglions dégénérés formaient une masse énorme.

Cette conception de la pathogénie du varicocèle dans les tumeurs malignes du rein est d'une grande importance; le varicocèle, en effet, n'a plus seulement la valeur diagnostique sur laquelle M. Guyon le premier avait insisté; il comporte un élément pronostique de la plus haute valeur. Il indique que les ganglions sont pris; et alors, ou bien il ne faut pas opérer, ou bien, si on opère, on doit poursuivre les propagations ganglionnaires dont le varicocèle est la manifestation extérieure et visible.

De la néphrectomie dans les tumeurs du rein.

(VIe Session de l'Association française d'Urologie. Rapport à la Société internationale de Chirurgie, Bruxelles, 1908.)

Je définis les conditions que doit présenter actuellement l'opération dans les tumeurs du rein.

Depuis longtemps, les chirurgiens ont recherché et exigé des opérations *précoces*, et tous les efforts de ces quinze dernières années ont eu pour but et pour effet de rejeter comme inopérables tous les cancers étendus, propagés, accompagnés de masses ganglionnaires reconnaissables et volumineuses. Dans ces cas, le moindre défaut de l'opération est d'être meurtrière, alors que le malade livré à lui-même conserve une survie prolongée et parfois déconcertante. De plus en plus, il faut réserver l'opération pour les cancers jeunes, limités ou paraissant tels, et dont le diagnostic même paraît incertain.

Mais, en plus, l'opération doit être *large*.

J'ai été un des premiers à réclamer pour les cancers du rein les ablations larges dont bénéficient les autres organes, et dont, jusqu'alors, on ne s'était jamais occupé; j'ai demandé que, en même temps que la tumeur, on enlevât ses propagations immédiates et proches.

Quand il y a des ganglions, ou il ne faut pas opérer, ou, si on opère, il faut les enlever.

Il ne faut pas opérer, quand les masses ganglionnaires sont volumineuses, car on risque de ne pouvoir faire une opération complète.

Par contre, si on opère, il faut, pour faire une opération complète, chercher à enlever les ganglions.

Et pour moi, quand il y a varicocèle, avec une tumeur petite, je me préoccupe des ganglions, je les recherche et je les enlève.

A plusieurs reprises, j'ai pu ainsi enlever des masses ganglionnaires situées au voisinage d'une tumeur du rein et dont le varicocèle m'avait révélé la présence.

Ne peut-on faire mieux encore? *Précoce* et *large*, l'intervention chirurgicale n'a pas encore rempli les conditions exigées pour toute opération qui s'adresse à un cancer. Il faut, en outre, qu'elle soit *globale*, massive, en bloc; il faut que le cancer et ses propagations, même supposées, soient enlevés sans morcellement, sans que des greffes, provenant des cellules détachées, soient possibles. Lorsque la chirurgie du cancer du rein aura atteint ce desideratum, elle se sera élevée au rang des meilleures interventions à adresser au cancer.

Du principe à l'application, il est, sans doute, ici beaucoup de distance; et quand on veut appliquer au cancer du rein une opération précoce, large et globale,

on se heurte à bien des difficultés : incertitude du diagnostic précoce; hésitation légitime avant l'intervention; étendue d'une exérèse qui doit comprendre le rein, la capsule graisseuse, les ganglions, la surrénale; difficulté de réaliser par une bonne technique l'ablation en masse de toutes ces parties.

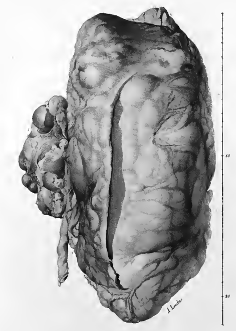


Fig. 6. — *Énorme cancer du rein enlevé en masse par néphrectomie avec sa graisse périrénale et ses ganglions d'un seul tenant.*

Cependant l'impulsion que j'ai donnée à ce côté de la question n'a pas été vaine; c'est à mon instigation que mon élève Grégoire a commencé et continué ses recherches qui ont abouti à un nouveau procédé de néphrectomie latérale (*Thèse de Paris*, 1904). Ce procédé permet d'enlever en bloc et sans morcel-

lement la tumeur, la capsule (propagation immédiate) et les ganglions (propagation éloignée). J'ai, le premier, à Necker, utilisé sur le vivant ce procédé excellent et pu me rendre compte qu'il donnait un jour supérieur à tous les autres et permettait cette ablation massive qui est de plus en plus nécessaire pour les tumeurs malignes et dont la figure ci-jointe (fig. 6) représente le résultat obtenu par moi sur un autre malade.

Cancer papillaire du bassinet.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 1295.)

Les papillomes du bassinet ou de l'uretère se présentent dans des conditions très difficiles en clinique. Cette observation en est la preuve.

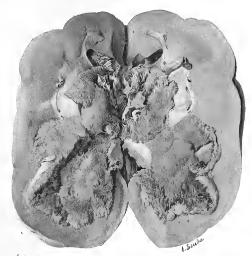


Fig. 7. — *Épithélioma papillaire du bassinet avec greffe secondaire dans l'uretere et la vessie.*

Un malade qui avait des hématuries présentait au cystoscope une petite tumeur de caractère papillomateux : taille vésicale et ablation.

Cependant les hématuries continuent et je reconnais que le rein est le point

de départ des hématuries. Néphrectomie qui me donne le cancer papillaire que voici (fig. 7).

Depuis lors, récidive dans la vessie sous forme de cancer.

Contribution à l'étude anatomique et pathogénique des kystes du rein.

En collaboration avec M. Verliac.

(*Recueil de Mémoires d'Urologie médicale et chirurgicale*, **juillet 1911**. Paris, Masson.)

A la question, toujours controversée, des kystes du rein, nous apportons l'appoint de quelques observations et de quelques réflexions personnelles et nous étudions à part la pathogénie des *kystes vrais du rein* et celle des *kystes dans la tuberculose rénale.*



Fig. 8. — *Grand kyste séreux du rein* (*nephrectomie*).

I. *Dans les kystes vrais du rein*, nous distinguons les *kystes œdémateux*, les *kystes glomérulaires* et les kystes dus à la *dilatation des tubes rénaux.* Pour ceux-ci, nous éliminons absolument la théorie classique de la sclérose interbulaire avec rétrodilatation passive, et nous admettons que l'affection qui lèse le rein l'atteint dans toutes ses parties : épithélium, paroi du tube et tissu conjonctif.

Si le tube est un moment isolé, l'épithélium donnera, par sa sécrétion, naissance à un liquide qui sera sensiblement égal à l'urine.

Pour les *grands kystes séreux du rein* (fig. 8), nous basant, toujours d'après nos observations personnelles, sur l'absence de toute lésion scléreuse au voisinage de ces kystes, nous adoptons pour leur pathogénie la théorie de *l'origine congénitale* comme *pour les gros reins polykystiques.*

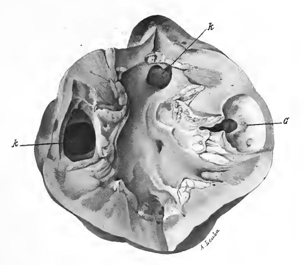


Fig. 9. — *Kyste à contenu séreux dans un rein tuberculeux.*

II. Pour les *kystes dans la tuberculose rénale*, nous montrons que quelques-uns (fig. 9) sont le résultat d'une caverne tuberculeuse qui, après s'être vidée de son contenu, a vu s'oblitérer son orifice de communication avec le bassinet. La même tendance cicatricielle, qui arrêtait l'évolution tuberculeuse de la paroi cavitaire, favorise cette oblitération, empêchant l'épithélium du bassinet de venir tapisser la paroi de la caverne, comme fait l'épithélium bronchique sur les cavernes pulmonaires cicatrisées. Après l'évacuation de la caverne, la sclérose a envahi la paroi caverneuse, amenant la disparition progressive du tissu tuberculeux : les

lésions d'endartérite ont joué probablement un rôle important et dans l'évolution de la sclérose et dans l'atrophie progressive du tissu tuberculeux, et ainsi ces

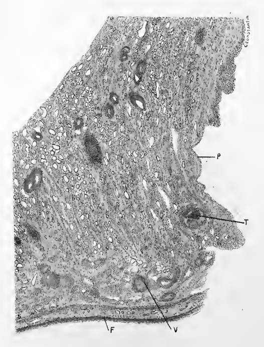


FIG. 10. — *Coupe de la paroi de deux kystes tuberculeux du rein.*
F, paroi fibreuse; — V, sclérose périvasculaire; — T, lésions tuberculeuses; P, transformation fibreuse de la paroi.

lésions peuvent ne plus présenter aucune trace de tuberculose, et ressembler à un kyste séreux du rein (fig. 10).

De la récidive des papillomes de la vessie.

(*Bulletin médical*, 1905, n° 66, p. 743.
Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXXVI, 1910, p. 56.
Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, mars 1910, p. 149.)

Dans ce travail, j'observais au point de vue clinique surtout, la question très importante et très grave de la récidive des papillomes vésicaux. Ayant eu l'occasion d'observer et d'opérer un assez grand nombre de ces récidives, j'étudie les conditions dans lesquelles elles se produisent et le pronostic qu'elles comportent.

Il est de ces récidives qui sont la conséquence d'une opération incomplète : c'est rare. D'autres fois, l'inspection de la vessie n'a pas été suffisante et on a laissé évoluer une toute petite tumeur, qu'on aurait pu enlever avec une inspection plus soignée.

Mais, dans la majorité des cas, cette explication ne suffit pas; la récidive se fait *à distance* du premier foyer, sur un point très éloigné et souvent absolument opposé de la muqueuse vésicale; en outre elle se fait longtemps, plusieurs années après, comme dans plusieurs de mes observations, de telle sorte qu'il est impossible d'admettre une autre interprétation que celle de la production d'une nouvelle tumeur.

Ces récidives ont été attribuées à des greffes opératoires : cette hypothèse ne résiste pas à la critique, car il faudrait expliquer non seulement la greffe épithéliale, mais la greffe de la partie conjonctive de la tumeur. Ceci n'a jamais été constaté. Dans un autre travail, j'ai donné une interprétation autrement rationnelle de ces récidives.

Au point de vue du pronostic, ces récidives sont, les unes *bénignes* et les autres *malignes*.

1° Il en est, et c'est le plus grand nombre, qui sont réellement bénignes, au même titre que la première tumeur. Elles le sont histologiquement et cliniquement : les malades, après plusieurs opérations itératives, restent indéfiniment guéris. Je suis encore, de temps en temps, une malade que M. Guyon a opérée il y a quinze ans : elle eut en trois ans trois récidives et trois opérations et reste depuis lors absolument guérie.

Ces récidives doivent être recherchées par des examens cystoscopiques répétés, surtout lors de la première hématurie qui suit une opération. Et elles doivent être opérées par la voie sanglante, sauf dans des cas exceptionnels.

2° Il en est de *malignes :* à la suite d'un papillome vérifié bénin, on voit se produire soit un papillome de nature maligne, soit un cancer vrai de la vessie. Ces faits sont incontestables, et j'ai rapporté à la Société de Chirurgie une obser-

vation de Tanton, très intéressante à ce point de vue : elle concerne un malade qui fut opéré cinq fois dans l'espace de quinze ans pour des papillomes récidivés, et chez lequel se produisit à la fin la dégénérescence des tumeurs, de telle sorte que le malade mourut d'une métastase développée dans la fosse iliaque externe.

Ces transformations des papillomes sont d'autant plus fréquentes que ces tumeurs séjournent plus longtemps dans la cavité vésicale : elles se produisent plus volontiers sur les troisièmes et quatrièmes récidives que sur les deuxièmes, et plus volontiers sur les tumeurs qui évoluent depuis longtemps. Elles sont une étape ultime dans l'évolution d'une tumeur bénigne. Dans le travail suivant, j'ai poussé plus loin l'étude de ces transformations.

Origines et transformations des papillomes vésicaux.

En collaboration avec le Dr Verliac.

(*Bulletins de l'Association française pour l'étude du cancer*, 1910, p. 130.)

Lorsqu'on lit les conceptions qui ont cours dans la littérature médicale sur la nature et la bénignité des papillomes vésicaux, on trouve les opinions les plus opposées.

Les uns considèrent ces tumeurs comme toujours et exclusivement bénignes, et Malherbe ne put jamais y saisir une trace de la transformation maligne.

D'autres, au contraire, comme Lubarsh, Borsh, Clado, croient à une malignité constante, qu'elle fasse ou non sa preuve en récidivant sous des aspects franchement cancéreux.

Il est une troisième opinion qui, depuis longtemps classique en France, fut toujours soutenue et défendue au nom de la clinique par M. Guyon, et partagée par la plupart de ses élèves : le papillome, tumeur essentiellement bénigne, est susceptible de se transformer en cancer.

Pour trancher ces divergences, nous avons repris, dans notre laboratoire les tumeurs classées et étiquetées comme papillomes depuis quelques années : nous y avons ajouté les récidives que nous avons trouvées depuis. Et sur ces tumeurs nous avons fait des *coupes en série*.

Grâce à ces examens en série, aucun détail ne saurait échapper, et nous avons pû étudier de très près : 1° les caractères des papillomes vésicaux ; 2° leurs origines ; 3° leur transformation et 4° leurs récidives. Et sur plusieurs points, nous avons apporté quelques éclaircissements ou quelques données nouvelles.

I. *Caractères des papillomes.* — Chaque papillome se compose d'un axe conjonctivo-vasculaire émané du chorion de la muqueuse vésicale, d'une couche

endothéliale sous-épithéliale et d'une couche d'épithélium vésical. Les cellules qui forment cette couche se distinguent de celles de l'épithélium vésical par leur taille plus grande et par leur aspect fusiforme : mais elles conservent leur implantation perpendiculaire à l'axe conjonctif, leur noyau ovalaire reste parallèle à leur axe. Accolées les unes aux autres, elles forment à la villosité un revêtement épithélial complet, épais et homéomorphe.

II. *Ses origines.* — Pour nous, le papillome n'est pas une tumeur primitive, ou au moins il n'est pas le stade primitif de l'altération dermo-épithéliale qui le constitue.

Son développement est secondaire à l'existence d'une *lésion dermo-épithéliale* chronique, qui explique et l'origine du papillome, et les récidives rapides de la néoformation du cancer après l'opération (fig. 11).

Cette lésion consiste en une hypertrophie localisée du derme, qui se soulève en papilles recouvertes d'un épithélium proliféré ayant les mêmes caractères que



Fig. 11. — *Plaque hypertrophique dermo-épithéliale en voie de transformation papillaire.* A droite, deux villosités entièrement développées. — Plusieurs papilles s'hypertrophient et s'organisent en villosités.

l'épithélium du papillome. Cette lésion représente en miniature l'altération qu'est le papillome : c'est à ses dépens que se forme la tumeur et nous avons pu assister à la formation des villosités aux dépens de ces ébauches de papilles.

Cette lésion se retrouve à la base et autour du papillome : quand elle n'existe

pas, on peut penser qu'elle a été totalement utilisée pour la constitution du papillome.

Ainsi le papillome n'est qu'un stade de l'évolution épithéliale qui, de l'irri-

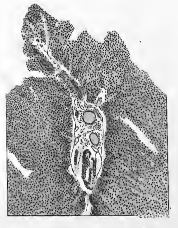


Fig. 12. — *Début de la transformation cancéreuse d'une villosite d'un papillome.*

Au centre, l'axe vasculo-conjonctif, qu'une couche de cellules plates sépare de l'épithélium. Deux vaisseaux gorgés de sang dans cet axe. A gauche du vaisseau supérieur et au-dessous de l'inférieur, amas de cellules néoplasiques reposant directement dans le tissu conjonctif de l'axe de la villosité.

tation inflammatoire chronique, peut aboutir au cancer. Mais pour aboutir à cette terminaison, il lui est nécessaire de modifier sa structure par une métamorphose de son tissu.

III. *Les transformations.* — La transformation en cancer des papillomes de la vessie est commune, et nous avons été assez heureux pour saisir les premières étapes et définir les différents processus de cette évolution.

La pénétration des cellules épithéliales au milieu du tissu conjonctif qui constitue l'axe de la villosité nous paraît le procédé le plus fréquent par lequel un papillome bénin prend une nature néoplasique. En général, ce sont de véritables bourgeons épithéliaux qui s'enfoncent ainsi dans le tissu conjonctif de la villosité. Sur les coupes en série, on voit le bourgeonnement épithélial se faire en profon-

deur, et dissociant les éléments de l'axe vasculo-conjonctif former au centre de la villosité une masse épithéliale qui, sur une coupe transversale, se montre entièrement entourée de tissu conjonctif (fig. 3). Là est le stade primitif de la transformation cancéreuse, et il n'est possible de le voir que sur des coupes en série. Cette transformation cancéreuse du papillome est donc absolument analogue au début de tous les épithéliomes que M. Ménétrier appelle épithéliomes d'origine hyperplasique.

Alors même que la transformation néoplasique du papillome est encore limitée, des vaisseaux peuvent être envahis; on peut alors retrouver, comme sur la coupe (fig. 13) qui est celle d'un papillome en apparence bénin, un envahissement vasculaire, discret et profond, mais qui n'en explique pas moins que si l'on s'était borné à un examen rapide de la tumeur seule, on aurait été surpris de voir un cancer de la vessie succéder à ce papillome typique.

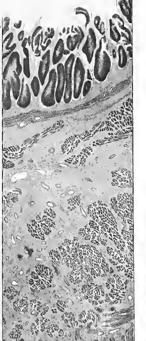


Fig. 13.
Envahissement vasculaire dans un cas de papillome néoplasique.
Loin des villosités superficielles et obliquement coupées, se voient deux vaisseaux envahis par le néoplasme.



Fig. 14.
Sur cette figure, les mêmes vaisseaux à un plus fort grossissement, se montrent remplis de cellules néoplasiques semblables à celles du papillome.

IV. *Les récidives.* — Discutant à nouveau les hypothèses par lesquelles on a cherché jusqu'ici à expliquer les récidives des papillomes, à savoir l'*ensemencement* de la muqueuse, l'*inclusion opératoire*, nous montrons qu'aucune n'est susceptible d'expliquer la repullulation de ces tumeurs. Et nous sommes ainsi amenés à une nouvelle conception basée sur des faits anatomiques précis. Pour nous, la récidive rapide des papillomes typiques après l'opération est due à l'existence dans la vessie, au moment de l'intervention, d'autres plaques analogues dont l'opération ne peut arrêter l'évolution. Ainsi, la nouvelle tumeur est de caractère absolument égal à la première.

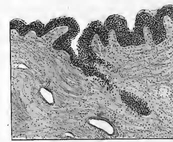


Fig. 15. — *Début d'infiltration néoplasique au niveau d'une plaque dermo-epithéliale hypertrophique située au voisinage d'un papillome.*

(L'opération fut suivie d'une récidive rapide sous forme de carcinome vésical.)

Mais, à côté de ces récidives bénignes, il en est d'autres qui se font après l'ablation des papillomes sous forme de cancer : on a opéré un papillome, l'histologie a montré que la tumeur était bénigne. Et cependant quelques mois après survient une récidive qui a les caractères cliniques et anatomiques des vrais cancers. Ces faits n'ont pas manqué de jeter un certain trouble sur une question déjà embrouillée.

Nos recherches nous ont permis de trouver l'explication de ces faits : dans certains cas, la première tumeur n'était qu'apparemment bénigne, et en reprenant pour des coupes en série des tumeurs déjà étiquetées papillomes bénins, nous avons pu quelquefois trouver au centre de la tumeur les premiers stades de l'évolution cancéreuse. Et il n'est plus alors étonnant que la tumeur récidive en cancer.

Mais, dans d'autres cas, nous avons pu constater que la transformation cancéreuse de la récidive se faisait au niveau de la plaque dermo-épithéliale, qui, insuffisamment enlevée comme sur la figure 6, présentait son évolution naturelle vers l'infiltration cancéreuse.

Ainsi, grâce à nos recherches, s'éclairent certains faits qui étaient tout à fait paradoxaux et inexplicables.

Du traitement cystoscopique des tumeurs de la vessie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 460.)

Des transformations des papillomes de la vessie, résultent pour moi deux indications précises.

La première, c'est de pratiquer pour ces tumeurs une opération *précoce* pour éviter ces transformations qui semblent d'autant plus faciles que la tumeur a séjourné plus longtemps dans la cavité. La seconde est de pratiquer une opération *large* pour enlever, en même temps que la tumeur sa base, la portion correspondante de la muqueuse vésicale (fig. 16) et pour supprimer à ce niveau toute espèce de repullulation bénigne ou de récidive maligne.

Je préconise donc hautement le bénéfice de l'opération sanglante, et rejette pour le plus grand nombre des cas l'opération cystoscopique. Sans nier les avantages de cette dernière, je la réserve à quelques cas de tumeurs limitées, bien accessibles, chez des sujets obèses ou tarés.

Les tumeurs vésicales latentes.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1909, p. 97.)

Dans cette clinique, je signale l'existence de tumeurs vésicales pédiculées qui, échappant à la règle des hématuries spontanées, ne se caractérisent par aucun



FIG. 16. — *Tumeur vésicale pédiculée latente enlevée avec son pédicule et sa zone d'implantation vésicale.*

saignement, mais par quelques phénomènes de cystite et dans un autre cas par quelques troubles de l'urine. Deux fois j'ai pu ainsi découvrir par la cystoscopie

des tumeurs pédiculées, bénignes; l'une était même très volumineuse (fig. 16). Ces faits méritent d'être connus et conduisent à cette notion, qui tend à s'imposer, de pratiquer l'examen cystoscopique dans tous les cas où quelque symptôme anormal se produit du côté vésical.

Des résections larges de la vessie.

(*IIe Congres de l'Association internationale d'Urologie*, Londres, 1911.)

Au point de vue expérimental, la résection large de la vessie amène pendant quelques jours sur l'animal une pollakiurie passagère et qui fait place quelquefois à une rétention par amincissement et dilatation de la partie restante de la vessie. Il n'y a pas de régénération de l'élément musculaire, mais celui-ci reprend un jour sa tonicité.

Au point de vue thérapeutique, les résections larges, celles qui dépassent la moitié ou les deux tiers de l'organe, sont rarement indiquées dans les papillomes. Dans ces cas, j'ai cependant pratiqué une cystectomie subtotale dans laquelle j'ai laissé le trigone; le malade a vécu un an avec une fistule hypogastrique intermittente et des mictions correspondant à une capacité vésicale de 60 grammes.

Dans les cancers, j'ai pratiqué dix fois les résections larges; trois malades seulement ont survécu un temps assez long pour juger de l'efficacité de l'opération. Un malade a survécu trois ans après ablation de la moitié droite de la vessie pour un cancer englobant l'uretère qui dut être réimplanté ailleurs. Un autre présentant un cancer de l'orifice urétéral vécut une année. Un autre enfin auquel j'enlevai un cancer du sommet de la vessie vécut cinq ans sans récidive.

Ces résultats montrent que ces résections larges, étendues à plus de la moitié de l'organe, constituent une ressource efficace, mais très limitée et dont le bénéfice est subordonné à un diagnostic précoce.

Indications et résultats de l'intervention dans les tumeurs de la vessie.

(*IXe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1906, p. 220.)

Résection du sommet de la vessie pour un néoplasme infiltré.

(*Bulletins de la Société anatomique*, avril 1894, p. 287.)

Il est rare de voir un néoplasme localisé au sommet de la vessie.

J'ai eu l'occasion d'observer en 1894 et d'opérer à la clinique de Necker un malade dont le néoplasme coiffait tout le sommet de la vessie. La tumeur était infiltrée à toute la paroi : c'était un cancer alvéolaire.

Après ouverture de la vessie, je parvins facilement à séparer la tumeur du péritoine qui la recouvrait et à l'exciser complètement. La suture totale de la vessie réussit parfaitement et la malade guérit en dix jours, sans fistule.

Il est rare qu'on ait l'occasion d'enlever aussi largement et aussi complètement un néoplasme infiltré, et c'est là le point intéressant de cette observation. Ce malade a vécu cinq ans sans récidive : il est revenu mourir en 1900 à la clinique de Necker avec une récidive dans la paroi. Il avait un cancer alvéolaire.

Dans le traitement des tumeurs non bénignes de la vessie, je suis peu interventionniste. Les opérations palliatives utilisées en pareil cas ne valent pas la peine d'être tentées.

De la cystectomie totale pour tumeurs pédiculées de la vessie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIV, 1908, p. 1141.)

A propos d'un rapport sur une observation de mon collègue M. Marion, j'insiste sur l'impossibilité, dans certains cas rares, de tumeurs papillomateuses très étendues de la vessie, d'échapper à cette indication de la cystectomie totale.

Par ailleurs, la gravité secondaire de l'opération est considérable, et tient aux altérations consécutives des reins. L'infection ascendante est presque fatale après l'implantation des uretères à la peau ou dans l'intestin.

Et j'ai proposé plus récemment de conserver autour des uretères une petite zone de muqueuse vésicale quand cela est possible, de pratiquer en somme une *cystectomie subtotale*. Les uretères ainsi protégés ne sont plus transplantés dans le rectum, comme dans la méthode de Maydl, mais au contraire autour d'eux je reconstitue une vessie de la valeur d'un dé à coudre. Sur un malade que j'ai opéré de cette façon et qui a guéri, j'attends le résultat éloigné, mais j'espère avoir sensiblement diminué pour lui les chances d'infection uretérale ascendante.

Des kystes de la prostate.

En collaboration avec Verliac.

(*Presse médicale*, 26 février 1910.)

Un malade de 40 ans venait un jour mourir dans notre service avec une infection urinaire arrivée à son plus grave degré. La vessie et les reins étaient en rétention incomplète et distendue, et une opération *in extremis* ne put sauver

le malade ni même nous révéler la cause des accidents. A l'autopsie, nous avons trouvé le kyste de la prostate qui est représenté sur la figure ci-jointe.

Cette tumeur multiloculaire, développée sur la partie antérieure de l'urètre, avait exercé sur le conduit urétral la compression d'où étaient résultés chez un malade jeune encore des phénomènes de prostatisme : la rétention vésicale avait entraîné la distension des reins et la mort du malade.



Fig. 17. — *Kyste de la prostate.*
Le kyste est préurétral, et on voit, en arrière de lui, l'urètre avec son verumontanum. La partie droite du kyste présente un diverticule dont on aperçoit l'ouverture.

L'examen histologique nous révéla des particularités intéressantes : le kyste se composait d'une paroi uniquement formée de trousseaux fibreux et élastiques, concentriques à la cavité kystique, et en dedans d'une paroi faite d'un chorion recouvert d'épithélium (fig. 18). Le chorion est formé d'un mince réseau de fibres conjonctives qui masque presque, en certains points, une quantité de cellules mononucléaires à l'aspect de petits mononucléaires. L'épithélium assez régulier est formé de plusieurs couches de cellules dont les profondes sont à peu près

cubiques, et les autres pavimenteuses; on ne trouve en aucun point de transformation cornée.

Quelle est l'origine de ce kyste? La prostate était saine en dehors de la tumeur et l'histologie n'y décelait aucune altération. En rapprochant cette intégrité de la prostate, des caractères de l'épithélium observé à la surface interne de notre

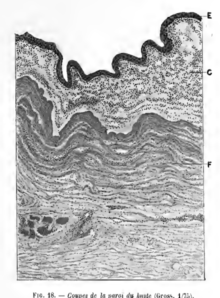


FIG. 18. — *Coupes de la paroi du kyste* (Gross. 1/75).
A la surface interne, épithélium pavimenteux, *e*; chorion, *c*; en *f*, limitante fibreuse qui se continue sans transition avec le tissu prostatique normal.

kyste, nous étions ainsi amenés à conclure qu'il s'agissait d'un kyste congénital. Et nous attribuons sa formation à une anomalie dans la constitution du sinus uro-génital, à l'inclusion d'un diverticule de ce sinus, contemporain de la formation de l'urètre prostatique.

Cette observation très complexe apporte ainsi un élément nouveau et original à l'histoire à peine ébauchée des kystes de la prostate, dont nous rapportons dans

ce travail les six observations connues dans la littérature. A l'aide de ces quelques documents, nous essayons de tracer l'histoire clinique et thérapeutique des kystes de la prostate.

Des rapports entre les testicules et la prostate.

(*Archives de physiologie normale et pathologique*, janvier 1896, n° 1.)

Lorsque, il y a quelques années, on commença à traiter l'hypertrophie prostatique par la castration, mon maître, M. Guyon, pensa que la résection des canaux déférents, en amenant l'atrophie du testicule et en supprimant sa fonction, devait déterminer sur la prostate une atrophie identique à celle que donnerait la suppression même du testicule. La « castration physiologique » devait produire le même effet que la castration anatomique, et si ces données étaient applicables en clinique, le malade devait y trouver la même amélioration avec, en plus, le bénéfice moral d'un testicule conservé inerte dans le scrotum.

C'est sur les conseils de mon maître que je pratiquai sur des chiens une série d'expériences que je rapporte dans ce travail; ces recherches ont été faites dans le laboratoire de la Clinique de Necker.

Nous avons eu surtout pour but d'étudier comparativement l'influence sur la prostate saine de la castration et de la résection des canaux déférents.

De ces expériences se dégageaient les conclusions que voici : l'excision du canal déférent ne donne pas les mêmes résultats que la castration bilatérale : avec la castration, l'atrophie est très accentuée; avec la résection des déférents, elle n'est ni aussi fréquente, ni aussi accentuée. L'influence de la résection sur la prostate est cependant manifeste, mais elle s'exerce plus lentement; et, sans être absolument comparable à la castration, la résection m'apparaissait comme une opération susceptible de donner, dans certaines conditions, de bons résultats chez l'homme.

La toxicité des prostates hypertrophiées.

En collaboration avec le Dr Gaillardot.

Pour paraître prochainement.

Nous avons étudié la toxicité des prostates hypertrophiées. En injectant à l'animal une quantité variable d'extrait de ces prostates dans l'eau salée à 9 p. 100, nous avons obtenu un ralentissement considérable du cœur chez le chien et le lapin. A 1 gr. 40 par kilogramme d'animal, l'effet est très important; à 1 gramme, il l'est moins.

On voit se produire une chute brusque de la pression et des troubles respiratoires qui conduisent rapidement à l'apnée et à la mort.

Il est à noter que la section du pneumogastrique supprime l'effet de ces injections : d'où nous pouvons conclure qu'il s'agit d'une action bulbaire.

Nous avons étudié comparativement l'action des sucs obtenus avec des fibromes de l'utérus, avec des adéno-fibromes du sein, et nous avons obtenu des résultats nuls.

Il y a donc bien une toxicité propre à la prostate hypertrophiée. Ces études qui ne sont encore qu'au début seront poursuivies avec persistance.

Des opérations testiculaires dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

(*IXe Congrès français de Chirurgie*, 1895. — *Semaine médicale*, 1895, p. 458. *IIe Session de l'Association française d'Urologie*. Paris, 1897.)

Dans plusieurs communications aux Congrès de Chirurgie et d'Urologie, j'ai apporté la contribution de mes observations personnelles à la question alors discutée du traitement de l'hypertrophie prostatique par les interventions sur les testicules.

J'ai insisté surtout sur la disproportion qui existe entre les résultats expérimentaux et les résultats thérapeutiques de la castration et de la résection des déférents. La prostate sénile et hypertrophiée ne se comporte pas après la castration comme la prostate saine du chien, et, sur l'homme, l'atrophie n'est ni aussi constante, ni aussi formelle. Dans la prostate malade, ce qui diminue immédiatement, c'est l'élément congestif; ce qui disparaît plus tard, c'est l'élément glandulaire.

Je me suis demandé si la castration pratiquée de bonne heure, lors d'une première attaque, pourrait avoir une influence préventive, et si elle était capable d'éviter au malade les inconvénients qui résultent des attaques subintrantes de congestion.

Une observation que j'ai communiquée au *Congrès de Chirurgie* de 1895 est assez suggestive à ce point de vue : un malade sexagénaire accepte la castration au cours d'une première attaque de rétention. Les hémorragies étaient extrêmement abondantes et n'avaient pas été améliorées par la sonde à demeure; la castration amena une amélioration immédiate, les hémorragies cessèrent; le soir même, le malade se remettait à uriner. Or, et c'est ici que le fait devient intéressant, j'ai suivi ce malade pendant six ans; il est resté indemne de tout accident, sa vessie se vide régulièrement, il ne s'est jamais sondé. La prostate, cependant, n'est pas atrophiée. Malgré cela, il n'est pas douteux que ce malade a béné-

ficié, à titre préventif, de la castration, et que cette opération lui a évité jusqu'ici de nouvelles complications.

Quant à la valeur relative de la castration et de la résection des canaux déférents, je crois que cette dernière, dont le mode d'action est d'ailleurs différent, a une action plus lente.

Résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie prostatique.

(*Rapport présenté au XIII*e *Congrès international de Médecine.* Paris, 1900.)

Dans ce rapport, je m'attache à montrer à l'aide des résultats éloignés qu'aucune des opérations jusqu'alors tentées contre l'hypertrophie prostatique ne mérite d'être considérée comme curative.

Ni la castration, ni la déférentectomie, ni la cystotomie ne sont des opérations capables de donner des résultats définitifs et parfaits. Elles donnent des améliorations et méritent d'être conservées comme palliatives, mais, dès cette époque, il me paraissait comme évident que la prostatectomie naissante donnerait de tout autres résultats, et les premières applications qui furent faites en France quelques mois plus tard légitimèrent absolument mes conclusions.

Note sur une tumeur pédiculée de la prostate.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, décembre 1893.)

Les formes partielles de l'hypertrophie de la prostate sont très rares : j'en ai observé un cas à Necker. Il s'agissait d'une tumeur pédiculée qui fut enlevée par la taille hypogastrique par M. Guyon; elle s'était développée sur la prostate, et aux dépens mêmes de cette prostate, et elle avait été prise pour une tumeur de la vessie. Elle se distinguait des tumeurs vésicales par sa surface lisse et par sa structure histologique qui correspondait au type de l'hypertrophie glandulaire molle.

Cette tumeur, nettement pédiculée et implantée sur le côté du col, faisait bouchon et le malade ne pouvait uriner. Il était donc à prévoir que chez ce malade, qui était encore jeune, dont la prostate, par ailleurs, n'était pas hypertrophiée, la miction redeviendrait normale, après extirpation de la tumeur. Il n'en fut rien : j'ai suivi ce malade, je l'ai revu plusieurs mois après, il ne vidait pas sa vessie. Ce n'était pas l'obstacle prostatique qui faisait la rétention, mais bien l'état particulier de la vessie, la sclérose.

De la prostatectomie périnéale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1902. — *VIe Session de l'Association française d'Urologie*. Paris, 1902, p. 358. — *Ibid. VIIe Session*. Paris, 1903, p. 52. — *Ibid. VIIIe Session*. Paris, 1904, p. 327. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXI, 1905, p. 863.)

Depuis quelques années, j'ai pris une part active au mouvement qui a établi la prostatectomie sur des bases définitives et, à plusieurs reprises, j'ai apporté ma contribution personnelle à la question de la valeur de l'opération, de ses suites, de ses complications et de sa technique.

En ce qui concerne la *technique*, j'ai montré les avantages de l'ablation globale et sans morcellement, mais avec section de la prostate en ses deux moitiés et incision de l'urètre sur la ligne médiane, comme le conseillaient Proust et Gosset. J'ai pu ainsi enlever et montrer deux fragments d'une des plus grosses prostates qui aient été extirpées par le périnée, du poids de 210 grammes.



Fig. 19. — *Désenclaveur prostatique.*

J'ai montré l'utilité du désenclaveur et j'ai fait construire par M. Collin un nouveau modèle à trois branches, plus puissant et plus efficace que ceux qui étaient jusqu'alors en usage (fig. 19). L'usage de ces instruments facilite beaucoup l'acte opératoire et permet de montrer aux élèves la série des temps successifs.

Au point de vue des *complications*, j'ai signalé les *fistules rectales secondaires* qui se produisent vers le douzième ou quinzième jour et sont moins graves et moins persistantes que les fistules initiales.

Au point de vue des *résultats*, j'ai montré l'utilité de la prostatectomie pour certaines formes de graves hématuries de provenance prostatique et qui, deux fois entre mes mains, furent radicalement guéries par l'opération.

J'ai signalé également de bons résultats, quoique exceptionnels, chez des prostatiques sans prostate, et montré que, dans quelques cas, « la libération de l'urètre prostatique » pouvait permettre le retour de la miction spontanée.

Enfin j'ai montré, par une observation probante, que l'ancienneté de la rétention n'était pas une contre-indication à la prostatectomie. Un malade était en rétention complète depuis dix-sept ans : la prostatectomie lui a permis de retrouver de suite la miction spontanée, alors qu'une prostatectomie partielle pratiquée dix ans auparavant n'avait donné aucun résultat.

Dans le *cancer*, au contraire, j'ai montré l'inutilité de l'opération contre des lésions le plus souvent diffuses et dont on ne peut dépasser l'extension. Dans ce cas, l'opération donne plutôt un coup de fouet à ces lésions, et la diffusion du cancer, lorsque l'ablation est incomplète, est plus hâtive, plus douloureuse et plus active.

Taille périnéale et prostatectomie.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1902, p. 897.)

Dans cette clinique, je m'attache à montrer que la prostatectomie doit, dans certains cas, se substituer à la lithrotitie, prendre à cette dernière opération quelques-unes de ses indications, et qu'elle doit même devenir le complément d'une taille faite pour un calcul engagé dans une grosse prostate. Le malade qui en faisait l'objet avait, en effet, une prostate énorme du poids de 210 grammes avec 80 calculs dans la vessie. J'ai enlevé l'une et les autres par la prostatectomie périnéale et le malade a complètement guéri.

Prostatectomie hypogastrique.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1903, p. 1150. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1905, p. 302. — *Société internationale de Chirurgie*. Bruxelles, 1905. — *IXe Session de l'Association française d'Urologie*. Paris, 1905. — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1905, LXXX, 6 série, t. VII, p. 740 (En collaboration avec Chirié). — *Rapport au XVe Congrès international de Lisbonne*, avril 1906.)

J'ai été un des premiers à pratiquer et à préconiser en France la prostatectomie de Füller-Freyer; dès 1903, je présentais à la Société de Chirurgie mes premiers résultats, et, frappé dès le début de ce que cette opération avait de séduisant, je me suis attaché dans une série de publications à en montrer les avantages sur la prostatectomie périnéale.

J'ai montré par une série de pièces quels sont les divers aspects sous lesquels la prostate peut être enlevée par la voie hypogastrique : la forme massive et la forme étalée avec conservation de la paroi antérieure de l'urètre prostatique. En respectant cette partie antérieure de l'urètre, on évite, ainsi que l'a montré M. Freyer, des hémorragies souvent graves.

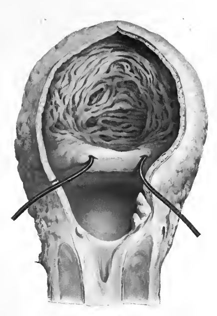


Fig. 20. — *Aspect de la cavité vésicale après la prostatectomie.*

En outre, ayant eu l'occasion de voir un de mes malades mourir au vingtième jour, j'ai pu me rendre compte de la manière suivant laquelle la vessie se répare à la suite de cette opération.

La loge prostatique fait partie de la cavité vésicale; elle en est comme le diverticule inférieur, et, au-dessous des uretères, s'étend jusqu'au col vésical,

Celui-ci est abaissé par ce fait de l'ablation de la prostate; il est reporté à la partie postérieure de l'urètre membraneux et l'urètre dans son ensemble est ainsi très raccourci (fig. 20).

Cette cavité devient lisse, unie; elle s'épidermise et nous avons trouvé en effet des lambeaux d'épithélium à sa surface.

Cette autopsie très complète et une des premières de ce genre nous donne une explication très nette de la facilité avec laquelle la vessie parvient à se vider après cette opération, puisqu'il n'y a plus aucun obstacle. On peut plutôt s'étonner de ce que les urines soient facilement et complètement retenues alors que tout le col vésical est disparu.

Je suis revenu sur ces différents points d'actualité dans un rapport au Congrès de Lisbonne (avril 1906), et, reprenant la comparaison pas à pas des deux prostatectomies, je m'attachais à montrer les avantages incontestables de la prostatectomie hypogastrique. Elle est plus facile, plus brillante : elle n'expose pas à la blessure du rectum; elle conserve la génitalité. Les suites sont moins longues, et elle est enfin dépourvue le plus souvent de toute cette série de petites infirmités qui font souvent suite à la prostatectomie périnéale. Elle est aussi complète que possible et son résultat *thérapeutique* est presque toujours parfait.

On ne peut en dire autant de la prostatectomie périnéale qui laisse souvent à sa suite, dans les opérations pour rétention incomplète, un résidu important, et force le malade, dans plus d'un tiers des cas, à faire encore usage de la sonde.

Ce sont ces raisons qui font de moi un défenseur convaincu de la prostatectomie transvésicale; la mortalité de cette opération est actuellement, il est vrai, plus élevée que celle de la prostatectomie périnéale. Mais cette mortalité est loin d'être irréductible : au contraire, en modifiant quelque peu les soins post-opératoires dont l'importance égale au moins celle de l'opération elle-même, on arrive à réduire sensiblement cette mortalité. Parmi les modifications les plus heureuses à apporter à cette opération, j'ai signalé le tamponnement partiel de la vessie, comme suceptible de diminuer dans une notable mesure les chances et les risques de l'hémorragie.

Actuellement, toutefois, il me paraît difficile de tracer les indications définitives de ces opérations; je pense, néanmoins, que la prostatectomie hypogastrique est l'opération de choix pour toutes les prostates qui sont très volumineuses, très saillantes dans la cavité vésicale, chez les malades non obèses, avec des reins bons et un état général favorable.

Perfectionnements de la prostatectomie transvésicale.

(*X* *Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, octobre 1906, p. 338.)

Prostatectomie transvésicale avec suture de la vessie à l'urètre et réunion par première intention.

Rapport sur une observation de P. DUVAL.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 651.)

A propos de la prostatectomie transvésicale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 889.)

Malgré tous les avantages par lesquels la prostatectomie hypogastrique s'annonçait dès le début comme très supérieure à la prostatectomie périnéale, néanmoins tout le monde s'accordait à reconnaître que l'insécurité de ses suites, la complexité des soins post-opératoires demandaient des perfectionnements.

Dans cet ordre d'idées, Pierre Duval a fait une tentative heureuse sur laquelle je présentai un rapport à la Société de Chirurgie. Après l'ablation de la prostate, il suture l'urètre membraneux à la vessie et supprime d'un coup, par cet affrontement, la cavité cruentée de la loge prostatique.

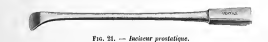


FIG. 21. — *Inciseur prostatique.*

J'essayai moi-même cette technique, qui avait donné à mon distingué collègue un excellent résultat. Mais je me suis rendu compte des difficultés considérables de son application et j'ai signalé les dangers qu'on ferait courir au malade si, sous le prétexte de ne pas drainer, on l'appliquait à des malades sérieusement infectés.

Plus tard, j'essayai moi-même une autre modification plus simple : au lieu de chercher à suturer l'urètre membraneux à la vessie, je conserve la muqueuse de l'urètre prostatique et je m'en sers comme d'un voile que j'étale à la surface interne cruentée de la loge prostatique.

Le premier malade sur lequel je fis l'application de ce procédé a guéri plus facilement et plus simplement que les autres malades, et j'en ai conservé cette

impression qu'il y avait dans cette mesure un moyen de raccourcir parfois ou de simplifier les suites opératoires de la prostatectomie hypogastrique.

Pour inciser la muqueuse, je me sers de l'inciseur prostatique représenté sur la figure 21.

Prostatectomie hypogastrique en deux temps.

Rapport sur une observation du Dr Mesley (de Gijon).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 36.)

Dans un rapport présenté à la Société de Chirurgie, à propos d'une observation envoyée par M. Mesley (de Gijon), je suis amené à envisager les avantages et les indications de la prostatectomie en deux temps.

M. Mesley avait appliqué ce procédé à un cas d'hémorragie opératoire assez sérieuse : son malade guérit. Je ne crois pas qu'à l'avenir cette indication doive souvent conduire à imposer au malade les inconvénients d'une double opération.

Mais il en est tout autrement, si l'on se place sur le terrain de l'infection. Chez les infectés, cette prostatectomie en deux temps est une mesure très sage, lorsqu'elle s'adresse à des individus en état de fièvre, avec mauvais état général. Dans ces conditions, la prostatectomie périnéale était encore possible, parce qu'elle était une opération de drainage et de drainage déclive. Mais actuellement, que la prostatectomie périnéale perd chaque jour du terrain, alors que tous les chirurgiens adoptent presque exclusivement la voie haute, ils s'exposeraient à des désastres s'ils abordaient par cette voie les foyers de pleine virulence auxquels je fais allusion.

La prostatectomie en deux temps se présente comme un moyen heureux qui permet, par une cystostomie préalable, de diminuer l'infection et d'opérer plus tard dans de meilleures conditions et avec une relative sécurité.

Les canaux éjaculateurs dans l'hypertrophie prostatique et les fonctions sexuelles après la prostatectomie de Freyer.

En collaboration avec le Dr Papin.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, vol. II, 1911, nos 13, 14, 15.)

Dans cette étude basée sur de nombreuses recherches anatomiques, anatomopathologiques et cliniques, nous nous proposons d'établir les deux points que voici :

1° Les canaux éjaculateurs dans l'hypertrophie prostatique sont toujours situés en arrière de la prostate hypertrophiée ou plus exactement de l'adénome prostatique;

2° Après l'opération de Freyer, qui peut et doit laisser les canaux éjaculateurs intacts, les fonctions sexuelles sont ordinairement conservées (fig. 22 et 23).

Nos recherches cliniques sont la confirmation de cette thèse. Dans les observations que nous avons rassemblées, nous voyons que dans tous les cas, sauf un, les fonctions sexuelles sont conservées; dans un seul cas, l'érection est supprimée

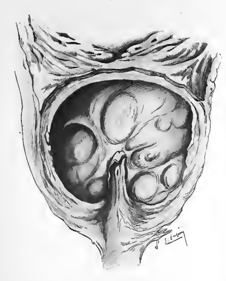


Fig. 22. — *Conservation de l'utricule prostatique et des canaux éjaculateurs après l'ablation de la prostate représentée fig. 23.*

et très diminuée dans un autre. Dans la majorité des cas, l'érection est normale et les rapports se font comme avant l'opération; mais il n'y a pas d'éjaculation à l'extérieur dans tous les cas; cette éjaculation n'a persisté que dans trois cas seulement. La suppression de l'éjaculation s'explique par ceci, que les canaux éjaculateurs ont été rompus au cours de l'opération, alors que normalement ils pourraient et devraient être conservés. Il en résulte que l'orifice est, dans la cavité prostatique, rétréci, déformé ou peut même être oblitéré. Parfois, l'éjaculation se fait dans la cavité vésicale.

L'orgasme est parfaitement conservé; car opérant entièrement par l'intérieur de l'urètre, on ne touche à aucun des nerfs de la fonction génitale. Nos expériences sur le chien ont montré qu'en détruisant par ablation ou cautérisation la partie postérieure de l'urètre prostatique, on ne détermine aucun changement dans les fonctions génitales.

Un certain nombre de malades affirment avoir eu un regain de jeunesse après l'opération; il est possible que l'ablation d'un adénome décomprime les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales et favorise les fonctions sexuelles.



Fig. 23. — *Adénome prostatique en trois lobes qui fut enlevé sur la pièce représentée fig. 22.*

Enfin, dans quelques cas, l'éjaculation se fait extérieurement; il y aurait lieu d'admettre une certaine tonicité du col, au-dessus de l'orifice des canaux éjaculateurs, donc une conservation au moins partielle du sphincter lisse, et c'est là un fait nouveau à étudier, qui du reste, cadre très bien avec la notion de l'adénome péri-urétral, intra-sphinctérien.

Cystostomie dans le cancer de la prostate.

(*Gazette hebdomadaire*, 1893, n° 34, p. 401.)

Aux troubles urinaires graves, qui accompagnent à sa dernière période l'évolution du cancer prostato-pelvien, on peut remédier par la cystostomie. Lorsque survient la période de rétention complète, l'opération évite à ces malades

les cathétérismes répétés, qui s'accompagnent parfois de douleurs intenses et souvent d'hémorragies.

J'ai eu l'occasion de pratiquer pour la première fois, je crois, cette opération pour un cancer de la prostate; le résultat a confirmé mon attente. Le malade a été très soulagé; il est allé mourir chez lui quatre ou cinq mois après l'opération, mais j'ai pu l'observer assez longtemps pour avoir la certitude que le néoplasme n'avait pas poussé de prolongement du côté de la fistule sus-pubienne.

Ce fait démontre donc l'efficacité sans reproche d'une intervention palliative qui a, depuis lors, rendu de grands services pour le soulagement des malades atteints de cancer de la prostate.

De l'opération dans les cancers de la verge.

(Rapport présenté au II[e] Congrès de la Société internationale de Chirurgie, Bruxelles, 1908.)

J'apporte les résultats éloignés de dix opérations pour cancer de la verge : un de ces malades est mort peu de temps après, trois ont été perdus de vue, six ont été suivis quelque temps.

Deux malades ont récidivé dans les ganglions. Trois autres sont en bon état depuis huit, six et cinq mois.

Un constitue une guérison remarquable de neuf ans.

Tous ces faits sont très consolants et montrent que le cancer de la verge est incontestablement moins grave que les autres localisations de l'appareil urinaire.

Ils prouvent, en outre, que l'on peut bien faire en se contentant de l'amputation de la verge et de l'ablation des ganglions.

L'amputation de la verge est suffisante pour tous les cancers qui n'ont pas dépassé les limites du pénis; et je ne vois pas l'avantage de lui substituer, comme le voulaient Pantaloni et Chalot, l'émasculation totale lorsqu'il n'y a pas de noyau dans l'urètre au-dessous ou au niveau du scrotum; l'ablation des ganglions est le seul complément nécessaire de l'opération.

Sur un cas de grand kyste de la capsule surrénale.

En collaboration avec le D[r] Bourcy.

(Journal de l'Urologie médicale et chirurgicale, janvier 1912.)

Nous apportons dans ce travail la contribution d'un fait personnel à l'histoire encore très écourtée des grands kystes de la capsule surrénale; c'est celle d'une

énorme tumeur de l'abdomen, qui se présentait cliniquement comme un kyste hydatique de la rate et n'était qu'un kyste de la surrénale. Le malade âgé et



Fig. 24. — *Vue d'ensemble de la tumeur ouverte : ses rapports avec le rein.*

cachectique étant mort des suites de l'opération, nous avons pu préciser, par une autopsie très détaillée, les détails anatomiques de la topographie et des carac-

tères histologiques de ces sortes de tumeurs, dont la science ne compte encore que quatorze observations avant la nôtre. La tumeur s'étendait, ainsi que le montre la

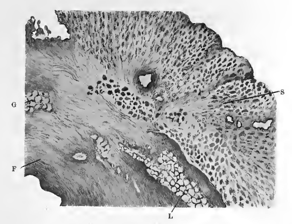


Fig. 25. — *Coupe de la paroi kystique au niveau d'un débris de capsule surrénale* (S) *qui forme la couche périphérique.*

Au-dessous, lobules graisseux (L) et le tissu fibreux (F) ; à gauche en bas, la cavité kystique.

figure ci-jointe, du diaphragme à la région crurale gauche, dans laquelle elle faisait hernie (fig. 24 et 25).

IX

TRAUMATISMES

Hydronéphrose traumatique.
(*Bulletin médical*, 1909, n° 33, p. 389.)

Hydronéphrose et pseudo-hydronéphrose traumatique.
Rapport sur deux observations de M. Ferron, de Laval.
(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 298.)

Rupture traumatique d'une hydronéphrose.
(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 382.)

Je me suis attaché dans ces publications à étudier les rapports du traumatisme et de l'hydronéphrose. Il faut distinguer ici trois groupes de faits.

1° Il est des *hydronéphroses traumatiques*, c'est-à-dire qui se développent de toutes pièces après un traumatisme, et sous son influence. L'une des observations de Ferron est de ce genre. La poche est bien formée par le rein lui-même. Au point de vue de la pathogénie, il est parmi ces hydronéphroses des poches qui se forment *tardivement* et succèdent sans doute à un rétrécissement de l'uretère.

D'autres sont *précoces*, et je me rallie à l'opinion de Mose, qui, admet l'influence causale de l'hématome péri-urétéral, enserrant l'uretère dans un tissu de scléroso susceptible d'étouffer partiellement son calibre. Des expériences que j'ai faites avec mon interne, M. Deverre, tendent à confirmer cette hypothèse; elles ne sont, pas encore terminées.

2° Il est, en outre, des *épanchements uro-hématiques*, dits pseudo-hydronéphroses qui se font autour du rein, à la faveur d'une rupture du bassinet et sont beaucoup plus fréquents et mieux connus que la première variété.

Les éléments du diagnostic sont très délicats entre ces deux lésions pourtant si différentes; le plus souvent, ce n'est qu'au cours de l'opération que l'on reconnaît la variété à laquelle on a affaire.

3° Enfin il est une troisième manière, suivant laquelle le traumatisme affecte

des rapports avec l'hydronéphrose. Il est des *ruptures traumatiques* d'une hydronéphrose préexistante.

De cette lésion, on ne connait qu'une dizaine d'observations; j'en apporte

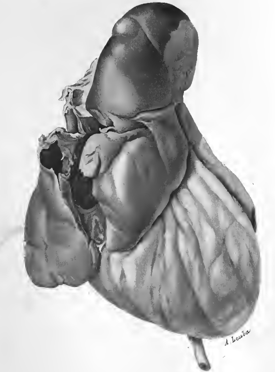


FIG. 26. — *Rupture traumatique d'un rein unique hydronéphrosé.*

une nouvelle, laquelle me fut remise par M. Denis (de Dreux). Elle a trait à un jeune homme qui, tombé sur le côté, fut pris d'anurie avec phénomènes de contusion rénale; on l'opère; on trouve le rein représenté par la figure 26 avec

une rupture et on l'enlève. Le malade meurt; et à l'autopsie, on s'aperçoit qu'il n'avait qu'un rein unique. Celui-ci fait des deux segments fusionnés avec deux uretères, était hydronéphrosé dans son segment inférieur; et la dilatation du bassinet inférieur avait comprimé l'uretère supérieur et amenait progressivement de la dilatation dans le rein supérieur. Le traumatisme portant sur cette poche l'avait rompue.

Rupture du rein : hématurie prolongée, suture. Guérison.

Rapport sur une observation de Le Moniet (de Rennes).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVIII, 1912.)

A propos des ruptures du rein.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIV, 1908, p. 1220.)

Dans les ruptures du rein, il faut être de plus en plus conservateur dans l'opération : c'est-à-dire qu'il faut hésiter beaucoup à enlever un rein rompu partiellement et faire l'impossible pour le conserver par la suture, la néphrectomie partielle ou le réseau de Marcille.

Le difficile en clinique est de distinguer les cas qu'il convient d'opérer de ceux qui peuvent et doivent guérir sans opération.

L'hématurie à ce point de vue n'est presque jamais à elle seule une indication opératoire. Elle peut manquer dans des cas très graves : chez un malade qui présentait des signes de contusion abdominale, j'ai fait la laparotomie et n'ai rien trouvé. Comme ce malade ne présentait aucune hématurie, j'ai pensé qu'il n'avait rien du côté du rein. Or, à l'autopsie, on a trouvé une rupture complète du pédicule rénal (artère, vessie et uretère) : et c'est la raison pour laquelle l'hématurie avait manqué.

Par contre, l'hématurie se produit et se prolonge dans des cas très bénins. Sur un malade de mon service, j'ai vu pendant dix jours une hématurie sérieuse persister : je ne lui ai rien fait, parce qu'il n'avait que l'hématurie, et il a très bien guéri.

C'est l'hématurie qui me paraît poser surtout l'indication opératoire : et bien qu'il y ait des malades qui guérissent avec un gros hématome, je pense que dans les grands épanchements, il y a plus d'avantages à opérer qu'à s'abstenir.

Les indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques de l'urètre.

En collaboration avec M. Cestan.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1893.)

Dix-huit observations forment la base de cette étude dans laquelle nous avons établi et précisé les indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques.

Deux éléments surtout méritent d'être pris en considération : le siège et la forme du rétrécissement.

La *dilatation* convient aux rétrécissements traumatiques, sans virole; lorsqu'au périnée, on sent une virole, elle n'est plus de mise. Mais elle reste le complément toujours nécessaire des autres méthodes.

L'*urétrotomie interne* convient seule aux strictures cicatricielles en brides, sans callosités; elle réussit à merveille à condition que le malade consente à se soumettre à ces séances ultérieures de dilatation, qui sont le complément indispensable de l'opération.

L'*urétrotomie externe* devient obligatoire, lorsque l'on ne peut franchir la stricture. En suivant la technique de M. Guyon, on parvient facilement à trouver le bout postérieur : si les recherches restent infructueuses, on doit faire le cathétérisme rétrograde. Une fois franchi le rétrécissement, doit-on s'en tenir à l'urétrotomie externe? Oui, quand l'angustie urétrale est peu accessible, quand elle siège par exemple dans l'étage moyen et supérieur. Oui encore, lorsque le canal est enserré de masses fibreuses considérables, le périnée creusé d'abcès, de fistules multiples, et le tout avec un état général médiocre. En toute autre circonstance, il faut en venir à la résection.

La *résection* est l'opération de choix dans les cas vraiment caractérisés de rétrécissement traumatique; elle seule peut aspirer au titre de « cure radicale ». Le procédé qui consiste à sectionner en travers, en avant et en arrière de la stricture est mauvais : il vaut mieux ouvrir le canal, reconnaître de l'œil et du doigt l'étendue des lésions de dedans en dehors.

Un des inconvénients de la résection dans la portion périnéo-scrotale est l'inflexion de la verge, qui en résulte dans l'état d'érection : cet inconvénient n'est que temporaire.

Du cathétérisme rétrograde.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, avril 1893.
XIII[e] *Congrès international de Médecine.* Paris, 1900. *Comptes rendus*, Masson, p. 352.
Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXXIX, 1903, p. 1060.)

Dans un premier mémoire publié en 1893, je relate deux observations de cathétérisme rétrograde par rétrécissement infranchissable de l'urètre antérieur et de l'urètre postérieur. Je donne la description d'un cathéter spécial, destiné à franchir l'urètre d'arrière en avant à travers une fistule sus-pubienne faite à la vessie. La courbure de ce cathéter rétrograde a été réglée par M. Guyon d'après les indications de M. le Prof. Farabeuf. Son usage simplifie beaucoup la technique de l'opération que je m'attache à préciser d'après les indications de mon maître, surtout pour ce qui concerne les rétrécissements de l'étage supérieur du périnée.

Plus tard, en 1900, dans un autre travail, je me suis efforcé d'étendre les indications du cathétérisme rétrograde aux ruptures traumatiques de l'urètre.

Dans les ruptures de l'urètre postérieur, surtout dans celles qui sont la conséquence d'une fracture du bassin, même avec une incision transversale, l'urétrotomie externe est particulièrement difficile. Les points de repère font défaut; les recherches manquent de précision, et il me paraît difficile de mener à bien par cette voie une restauration utile de l'urètre postérieur. Au contraire, avec le cathétérisme rétrograde, du premier coup on retrouve l'urètre, et il est facile de terminer rapidement l'opération dont le but principal est la mise à demeure d'une sonde dans l'urètre. Dans ces conditions, je dus au cathétérisme rétrograde de pouvoir rapidement pratiquer plusieurs opérations qui eussent été très difficiles sans lui. Je pense donc que le cathétérisme rétrograde sera souvent nécessaire dans les ruptures de l'urètre postérieur.

Pour les ruptures de l'urètre antérieur, au contraire, la manœuvre sera plus rarement indiquée et seulement dans les cas où la recherche du bout postérieur apparaîtra comme très difficile. Je lui ai dû sur un enfant de huit ans un très beau succès : la réunion par première intention fut obtenue à la vessie et au périnée, et c'est un des plus beaux résultats de la suture complète et totale de l'urètre rupturé.

L'observation est rapportée tout au long dans la thèse de mon élève Trombert (Du cathétérisme rétrograde dans les ruptures de l'urètre. *Thèse de doctorat*, Paris, 1901).

De la réparation en deux temps des pertes de substances traumatiques ou opératoires de l'urétre périnéal.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXXII, 1906, p. 816.)

Ruptures traumatiques de l'urétre périnéal. Résultats opératoires.

Rapport sur une observation de SAVARIAUD.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXXII, 1906, p. 883.)

Rupture de l'urétre avec fracture du bassin.

Rapport sur une observation de M. GRUGET (de Laval).

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXXVIII, p. 1269.)

La suture de l'urètre est depuis longtemps le procédé de choix pour la réparation des pertes de subtance de l'urètre.

C'est cependant contre les inconvénients de cette suture que je m'élève dans une communication et un rapport à la Société de Chirurgie : et j'arrive à cette conclusion qu'en présence d'une perte de substance étendue de l'urètre, il vaut mieux faire en deux temps la réparation de l'urètre et renoncer à la réunion primitive et totale.

La raison pour laquelle je conseille d'abandonner la suture est la suivante : jamais ou presque jamais elle ne donne de résultats éloignés parfaits. La plupart des observations étiquetées « réunion par première intention » ne sont que des apparences : il y a eu réunion des parties superficielles, la peau est intacte, mais il se fait une petite filtration à l'un des angles de la plaie, et de cette filtration va résulter une périurétrite profonde, qui va non seulement désunir l'urètre, mais encore ébaucher autour de lui des callosités qui ne feront que s'accentuer plus tard.

Sans doute, je ne dis pas que la suture ne puisse réussir : je nie qu'elle réussisse souvent, habituellement, et je constate qu'elle est plus difficile à obtenir que partout ailleurs. La sonde ou l'urine, l'urine ou la sonde, sont la raison de ces résultats partiels et imparfaits.

Et je rapporte ici un certain nombre d'observations de malades empruntées à ma pratique et à celle d'autres chirurgiens, qui témoignent en faveur de ma thèse.

Voilà la critique; voici maintenant le remède.

En présence d'une perte de substance de l'urètre, qu'elle soit traumatique ou opératoire, le mieux est de faire la suture en deux temps : dans un premier temps, on fait à la peau l'abouchement des deux bouts de l'urètre; dans un deuxième

temps, réalisé deux à trois mois après le premier, on fait là-dessus une autoplastie à lambeaux cutanés.

C'est M. Guyon qui a eu le premier l'idée de cette modification à la technique opératoire : frappé du contraste entre ces résultats éloignés des périnées fermés et des périnées ouverts, M. Guyon avait pensé réaliser par l'urétrostomie temporaire, le drainage des voies de l'urine.

Et une fois qu'il assistait à une opération de suture de l'urètre, que j'allais tenter, il me pria de faire la stomie cutanée avant la suture.

C'est ce que je fis : ce fut le premier cas opéré de propos délibéré de cette façon, il donna un excellent résultat, et depuis lors j'ai opéré moi-même ainsi un certain nombre de malades.

Les périnées reconstitués de cette façon sont vierges de toute induration, il n'y a sous la peau aucune trace d'infiltration ni de callosités, et un périnée dont je donne la figure dans mon livre montre la perfection du résultat éloigné. Depuis cinq ans, il se maintient parfait.

Or, il s'agissait d'un enfant qui avait été déjà cinq fois opéré par d'autres chirurgiens, dont une fois avec cathétérisme rétrograde sans résultat : ce rétrécissement s'était toujours reformé.

En ce qui concerne le manuel opératoire, voici comment il est conduit. Dans un premier temps, on suture à la peau les deux bouts isolés par la rupture de l'urètre, et on panse à plat. Ainsi toute filtration de l'urine est évitée, le malade urine comme une femme et au bout d'un mois, la cicatrisation étant faite, on voit sur le périnée, séparés par une étendue de peau saine de 4 à 5 centimètres, ces deux orifices de l'urètre, reconnaissables à l'irrégularité frangée de leurs muqueuses.

Quand tout est très bien rejoint, on refait en une séance la partie manquante de l'urètre avec deux petits lambeaux pris de chaque côté de l'urètre et rabattus en volet sur la sonde : l'un a sa face cutanée tournée vers le canal, l'autre recouvre le pénis de sa face cruentée.

Ce procédé est le procédé de choix à employer pour la réparation de toutes les pertes de substance de l'urètre, toutes les fois que la complexité et l'étendue des lésions ne permettront pas d'escompter à coup sûr une réunion parfaite, c'est-à-dire complète et totale.

Pour que ce procédé donne de bons résultats, il faut qu'il soit bien appliqué : dans un cas communiqué par Savariaud à la Société de Chirurgie, et pour lequel je fus chargé de présenter un rapport, la stomie avait été combinée avec la sonde à demeure ; et dans ces conditions, le résultat ne pouvait être aussi parfait qu'il eût été si les deux bouts de l'urètre avaient été franchement abouchés à la peau et s'étaient cicatrisés comme si la stomie eût dû être définitive.

Il en fut de même dans une observation du Dr Gruget (de Laval).

Ce procédé est applicable même aux ruptures qui siègent dans la partie antérieure de l'urètre postérieur : j'ai rapporté à la Société de Chirurgie une observation de ce genre qui m'a donné un très bon résultat éloigné.

Fistule urétro-rectale traumatique.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 300.)

Les fistules urétro-rectales ne sont le plus souvent ni simples, ni faciles à guérir. J'en ai observé un cas en 1893 dans le service de mon maître M. Guyon. Un enfant de 13 ans fit une chute sur une herse : une des pointes de la herse s'enfonça dans l'anus. A la suite de cet accident, la plus grande partie des urines s'écoula par l'anus et au moment de la miction seulement.

Je m'arrêtai au plan opératoire suivant, qui rappelle celui très ancien de A. Cooper : incision transversale au-devant de l'anus, séparation du rectum et de l'urètre, suture isolée des deux orifices. Je terminai en faisant une périnéorraphie au moyen de deux plans de suture profonds antéro-postérieurs. La guérison complète fut obtenue en six jours : la sonde à demeure ne resta que quarante-huit heures en place.

Ce plan opératoire a été adopté, comme le procédé de choix, par MM. Quénu et Hartmann, dans leur ouvrage sur la chirurgie du rectum.

Sur un cas de rupture du pénis.

Rapport sur une observation du Dr Alivazatos.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVII, 1911, p. 217.)

De la cure des fistules urétrales chez la femme.

(*IIIe Session de l'Association française d'Urologie*. Paris, 1898, p. 153.)

Pour les fistules urétrales de la femme, je préconise le procédé du dédoublement qui, dans les fistules vésico-vaginales, donne de si bons résultats. Une observation très intéressante d'une fistule large et difficile à traiter vient légitimer ma conclusion.

Du procédé du dédoublement dans les fistules vésico-vaginales.
(*XIIIe Congrès international de Médecine.* Paris, 1900.
Section de Chirurgie urinaire, p. 166.)

A l'aide de deux observations personnelles, je montre que le procédé du dédoublement est le traitement de choix des fistules vésico-vaginales. Ni l'étendue, ni l'élévation de la fistule ne la mettent en dehors des indications de ce procédé, qui est toujours supérieur à la suture transvésicale.

X

DES CORPS ÉTRANGERS

Deux observations de corps étrangers de la vessie.
Rapport sur deux observations de Barnsby (de Tours).
(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 288.)

Dans ce rapport, où je relate deux observations de corps étrangers adressées à la Société parle Dr Barnsby (de Tours), je cite deux observations personnelles de perforation de la cloison vésico-vaginale par des épingles à cheveux introduites dans la vessie. Ces corps étrangers, qui sont parfois si simples à extraire, nous imposent, d'autres fois, des difficultés d'extraction considérables et dont on ne vient à bout que par la taille hypogastrique : celle-ci est l'opération de choix dans des cas compliqués de corps étrangers de la vessie avec péricystite.

Corps étrangers de la vessie.
(*Bulletins de la Société anatomique*, 1894, p. 137.)

Il s'agit d'une aiguille à repriser, longue de 8 centimètres et très pointue à son extrémité, qui, introduite dans la vessie, y séjourna deux ans et détermina la formation d'un calcul secondaire.

Elle fut extraite par la taille hypogastrique : le calcul s'était développé autour de l'aiguille comme axe, et la pointe acérée de l'aiguille implantée dans la

paroi même de la vessie avait déterminé la production d'une péricystite intense.

Au point de vue clinique, il est un fait à relever dans cette observation : c'est la situation haute du calcul dans la vessie. Le calcul, en effet, était suspendu en haut de la vessie, par l'implantation de l'aiguille dans les parois ; et toutes les fois qu'on constate un calcul vésical, qui à l'exploration se maintient toujours dans une situation élevée, il faut se défier d'une cause anormale. C'est cette particularité qui, dans le cas actuel, permit de soupçonner l'existence d'un corps étranger malgré les formelles dénégations du malade.

La taille sous-symphysaire chez la femme pour l'extraction de certains corps étrangers de la vessie.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1903, p. 186.
Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, t. XXIX, 1903, p. 1000.)

Pour extraire certains corps étrangers de la vessie, je préconise un procédé

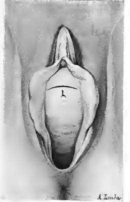


Fig. 27.

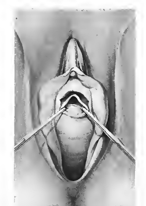


Fig. 28.

Fig. 27 et 28. — *Taille vésicale et urétrotomie externe par voie sous-symphysaire.*

personnel dérivé de cette urétrotomie externe par voie sous-symphysaire chez la femme dont j'ai parlé plus haut (fig. 27 et 28).

J'ouvre la vessie sous la symphyse, en passant entre l'urètre et la symphyse. Ce procédé d'indication rare après tout, et qui n'est en aucune façon destiné à se substituer ni à la taille haute ni à la taille basse, ce procédé a cependant quelques avantages. D'abord, il permet d'extraire sans danger de fistule les corps étrangers qui sont à cheval sur l'urètre et la vessie; ensuite, il a l'avantage d'être particulièrement esthétique, de ne laisser aucune cicatrice appréciable; il est en outre d'une grande simplicité et conduit très aisément sur le col de la vessie.

Plusieurs de mes observations sont développées dans la thèse de mon élève Levadoux (Emploi de la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre et la vessie chez l'homme et la femme. *Thèse de Doctorat*, Paris, Michalon, 1904).

XI

DES RÉTENTIONS RÉNALES ET DU REIN MOBILE

Anatomie pathologique du rein mobile.

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1895, LXX[e] année, 3[e] série, t. IX, p. 565.)

J'ai eu l'occasion de rencontrer sur un cadavre deux reins mobiles et j'ai profité de ce cas pour étudier certains détails anatomiques sur lesquels il n'existait aucune notion ni dans les ouvrages classiques, ni dans les monographies particulières.

Les modifications qui se passent du côté de l'extrémité supérieure de l'uretère sont surtout intéressantes; elles permettent de saisir le mécanisme de l'hydronéphrose intermittente. Voici ce que j'ai constaté :

1° Quand le rein se mobilise, l'uretère se mobilise également à sa partie supérieure; *à la mobilité du rein correspond en général un déplacement proportionnel de l'extrémité supérieure de l'uretère.*

2° En même temps qu'il se déplace, l'uretere se coude : mais *ces coudures sont intermittentes*, elles cessent avec l'abaissement qui les produit.

3° *Ces coudures ne sont pas oblitérantes;* une injection de liquide faite à travers le rein dans le bassinet redresse les courbures et passe facilement dans l'uretère.

4° Mais si la coudure n'est pas oblitérante, elle peut le devenir : il faut pour

cela qu'elle *cesse d'être mobile*, il faut *qu'elle soit fixée :* et cette fixité se réalise soit par une sclérose périurétérale, soit par une inflammation propre de la paroi urétérale.

Dans le rein mobile, l'hydronéphrose résulte donc de ce que l'extrémité supérieure de l'uretère a perdu en un point sa mobilité, et que la fixité secondairement imposée à une de ses coudures l'a rendue partiellement oblitérante. Aussi sur



Fig. 29. — *Hydronéphrose de rein mobile.*

les pièces trouve-t-on une dilatation du bassinet et pas autre chose (fig. 29). Ce n'est que plus tard que des lésions de sténose fixe se produisent.

J'ai pu vérifier sur une autre malade cette filiation des accidents. Une malade, que j'ai suivie plusieurs années, avait une hydronéphrose intermittente des plus nettes dans un rein mobile. Un jour les accidents devinrent plus pressants. Je pratiquai la néphrectomie et je trouvai une hydronéphrose causée par un rétrécissement de l'uretère à sa partie supérieure. Sous l'influence d'une inflammation légère et lente, la coudure et la valvule, qui en était la conséquence, s'étaient transformées en une sténose oblitérante.

Anatomie pathologique et pathogénie des hydronéphroses.
En collaboration avec ALBARRAN.
(*VIe Congrès français de Chirurgie.* Paris, 1892, p. 561.)
(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXX, 1904, p. 415.)

Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère.
(*Xe Congrès français de Chirurgie.* Paris, 1896, p. 515.)

A propos de l'hydronéphrose.
(*Xe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1906, p.97.)

Dans une série de travaux, j'ai apporté ma contribution à l'étude discutée et toujours difficile des hydronéphroses.

Dans un premier travail, basé sur des expériences et sur quelques observations cliniques, nous avons voulu : 1º établir l'existence des hydronéphroses primitivement fermées; 2º étudier l'évolution différente des hydronéphroses ouvertes et des hydronéphroses fermées; 3º présenter quelques remarques sur les rapports des hydronéphroses avec les coudures urétérales.

1º La *ligature complète* d'un uretère chez des chiens, sacrifiés vingt-six jours, deux mois et quatre mois et demi après la ligature, a produit des hydronéphroses aseptiques, quelquefois considérables et pouvant persister fort longtemps sans atrophie rénale. Dans tous les cas, comme Cohnheim, Strauss et Germont, Albarran l'avaient déjà constaté, l'hydronéphrose est primitive, et l'atrophie du rein, quand elle se produit, n'est que secondaire.

2º Lorsqu'on fait une ligature *incomplète* de l'uretère, on constate un retard sensible dans l'évolution de l'hydronéphrose.

Mais si ces hydronéphroses ouvertes se développent plus lentement, elles acquièrent par contre un volume beaucoup plus considérable que les fermées; ceci tient à ce que, la pression intra-urétérale étant moindre dans les hydronéphroses ouvertes, le rein s'atrophie plus lentement et continue à sécréter.

Sur un malade opéré par M. Guyon d'une volumineuse hydronépbrose, la néphrectomie transpéritonéale permit d'enlever une poche contenant plus de 1.200 centimètres cubes de liquide. Or l'uretère était *perméable*, et laissait passer une bougie nº 15; il y avait encore une certaine quantité de tissu rénal.

Au contraire, une autre pièce concerne un uretère obturé *complètement* à son extrémité vésicale. L'oblitération était ancienne : et sur cette pièce fermée, il y a une bydronéphrose petite avec 180 grammes de liquide seulement.

D'où nous concluons que les hydronéphroses ouvertes marchent plus lentement, mais arrivent à un volume beaucoup plus considérable que les hydronéphroses fermées.

3° Toute hydronéphrose déterminée par un obstacle au cours de l'urine siégeant dans l'uretère depuis quelques centimètres au-dessous du rein jusqu'à son extrémité vésicale *s'accompagne d'une coudure* à disposition presque toujours typique siégeant au niveau de l'extrémité supérieure de l'uretère.

Par suite de l'excès de tension, l'uretère, en effet, se dilate et s'allonge : il doit donc s'infléchir.

Ces coudures urétérales, consécutives à l'hydronéphrose, sont absolument indépendantes de tout déplacement du rein : elles ne gênent pas le cours de l'urine. Dans quelques cas cependant, la coudure peut déterminer la formation d'une sorte de valvule, qui rétrécit alors l'orifice d'abouchement de l'uretère dans le bassinet : il en était ainsi sur une de nos pièces.

Ces coudures *secondaires* sont à distinguer des coudures *primitives*, au point de vue de la pathogénie de l'hydronéphrose : pour que la coudure puisse être considérée comme la cause de l'hydronéphrose, il *faut bien établir que la portion coudée n'est pas dilatée.*

En ce qui concerne l'influence pathogénique des coudures primitives, j'ai montré que les unes étaient congénitales et les autres acquises. Celles-ci sont consécutives au rein mobile souvent, mais non toujours; et je rejette la théorie qui fait de la mobilité la conséquence d'une hydronéphrose au début. Le cathétérisme urétéral m'a permis en effet de découvrir au cours du rein mobile des rétentions douloureuses mais si légères qu'elles ne peuvent aucunement par leur poids entraîner la ptose du rein et qui disparaissent avec la fixation du rein, ce qui prouve avec évidence qu'elles sont bien dues à la mobilité rénale.

Le rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1904, p. 1361.)

Dans ce mémoire je m'attache à montrer que les rapports d'une hydronéphrose et d'une artère qui passe au contact du bassinet et coude l'uretère sont de deux ordres : tantôt l'inflexion de l'uretère sur le vaisseau est la conséquence de l'hydronéphrose, et tantôt, au contraire, l'inflexion de l'uretère sur l'artère est bien la cause, *cause réelle de l'hydronéphrose.*

Je rapporte quelques observations très démonstratives à ce point de vue et je déduis de ces observations les caractères anatomiques qui pourront à l'avenir permettre d'établir cette dépendance.

D'abord, la dilatation de l'uretère commence juste au-dessous de l'empreinte que la place du vaisseau laisse sur la paroi urétérale : si l'on suit l'uretère de bas en haut jusqu'à ce niveau, on le voit arriver à l'obstacle avec un calibre normal; il se rétrécit juste au niveau par suite de la coudure ou de l'inflexion et au-dessus; immédiatement au-dessus, il est dilaté.

Ensuite, on ne trouve sur l'uretère aucune autre cause d'uronéphrose, aucun obstacle. En suivant l'uretère jusqu'au bassinet ou en observant le bassinet lui-même, on ne trouve aucun autre obstacle, aucune autre cause d'hydronéphrose que la coudure artérielle.

Enfin, en troisième lieu, le rôle primordial de l'artère est encore prouvé par ce fait que la suppression du vaisseau a suffi pour guérir les malades. Sans doute, dans ces cas, on fixe le rein. Mais si l'hydronéphrose avait sa cause dans une disposition congénitale et par conséquent fixe de l'uretère, plutôt que dans un contact artériel, il ne suffirait plus de redresser le rein pour obtenir le cure de l'hydronéphrose et les accidents continueraient après l'opération.

Des rétentions rénales à la suite de l'hystérectomie vaginale.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1906, p. 547.)

J'ai eu à plusieurs reprises l'occasion d'observer à la suite de l'hystérectomie vaginale une rétention rénale, ou mieux une crise d'hypertension avec infection se produisant sur l'un des reins *en dehors de toute intervention accidentelle sur les uretères*, je veux dire *sans que ces uretères aient été pincés*.

J'ai vu ainsi quatre fois des crises se produire entre le onzième et le douzième jour et caractérisées par une douleur et une tuméfaction rénale, des vomissements, une fièvre élevée, des urines troubles : et le cathétérisme de l'uretère, une fois au moins, me montra qu'il ne s'agissait pas d'appendicite, mais que le rein était bien en cause.

La complication jetait ainsi un peu de trouble dans les suites opératoires immédiates, puis disparaissait ensuite sans laisser de trace. La similitude des observations que j'ai suivies établit nettement l'existence d'une cause à effet entre l'opération et la complication citée.

La pathogénie de cet accident est délitace à définir : je pense cependant qu'il résulte d'abord de la présence d'une sonde à demeure dans la vessie, d'une préparation du rein à l'infection par la compression d'un fibrome par exemple : enfin il n'est pas impossible que les pinces modifient, déplacent les uretères, changent leur situation réciproque sans les blesser positivement.

Quel est l'avenir de ces malades? La crise ne fut que d'une très courte durée,

mais je n'ai pas suivi ces malades assez longtemps pour savoir ce qu'elles sont devenues dans la suite. Elles ont eu sans doute l'évolution des infections rénales : la plupart se drainent naturellement et guérissent sans incident.

Volumineuse hématonéphrose gauche. Cryoscopie.

(*Ve Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1901, p. 484.)

A propos d'une volumineuse hématonéphrose qui fut prise pour un kyste de la rate et que j'eus l'occasion d'opérer en 1901 à l'Hôtel-Dieu, j'ai étudié avec Hallion la cryoscopie de ces grandes poches liquides rénales.

La cryoscopie a dans ces cas une valeur diagnostique et pronostique. Elle peut contribuer au diagnostic : en effet si le Δ était, à la ponction, supérieur à 0,55, on pourrait presque conclure qu'il s'agit d'une hydronéphrose; car les autres épanchements pathologiques étudiés jusqu'aujourd'hui n'ont que peu différé du Δ du sang.

Elle a aussi une valeur pronostique : car l'élévation du Δ étant en proportion directe de l'intégrité de l'épithélium rénal, on sera d'autant plus autorisé à espérer et à favoriser le retour de la fonction rénale que le Δ se sera montré plus élevé au-dessus de 0,55.

Des opérations conservatrices dans les rétentions rénales.

(*XIIIe Congrès international de médecine.* Paris, 1900. *Comptes Rendus,* Masson, p. 44.)

Résultat éloigné d'une uretéro-cystonéostomie pour rétrécissement de l'uretère.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie,* t. XXXII, 1906, p. 666.)

A propos des néostomies urétérales.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie,* t. XXXIII, 1907, p. 795.)

Dans une discussion ouverte à la Société de Chirurgie sur les résultats éloignés des néostomies urétérales inférieures, je fus amené à présenter quelques réflexions.

Trois influences principales sont de nature à agir sur le résultat éloigné de ces opérations.

a) L'influence du *milieu* n'est pas la plus importante : que l'abouchement soit fait dans la vessie ou dans l'intestin, on peut voir des infections rénales s'atténuer et le résultat reste favorable; cela n'arriverait pas si l'influence du milieu était aussi pernicieuse qu'on l'a dit.

b) *L'état de l'uretère* a plus d'importance. Même avec des uretères altérés, dilatés et infectés, on peut avoir des résultats parfaits : on voit le rein bénéficier

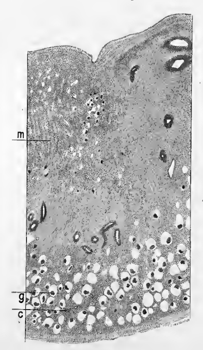


FIG. 30. — *Résultat éloigné (huit mois) d'une urétéro-cystonéostomie (pièce expérimentale).*

Le rein ayant été préalablement infecté, l'uretère rétréci a été transplanté en une autre zone de la vessie. Le rein a continué à s'atrophier complètement et à mourir malgré que sa bouche fonctionnât parfaitement.

Sclérose avancée de la région médullaire, *m*. Dilatation des glomérules avec sclérose atrophique des vaisseaux glomérulaires, *g*, et sclérose corticale, *c*.

ultérieurement de la néostomie bien faite et perdre l'infection dont il était porteur. Mais souvent aussi, grâce à l'infection dont le rein était porteur, il meurt en

silence. La figure 30 représente précisément cette mort silencieuse d'un rein de chien que j'ai infecté avant l'urétéro-cystonéostomie; huit mois après, la bouche vésicale fonctionnait à merveille, mais le rein s'est atrophié.

c) C'est la technique qui a le plus de valeur; c'est elle qui est le principal facteur des inégalités constatées entre les résultats. Une technique imparfaite, une implantation inexacte des muqueuses, une traction trop sévère exercée sur les conduits, et voici les raisons d'une division immédiate et partielle, d'une cicatrisation mauvaise et d'un rétrécissement ultérieur. La sonde à demeure me semble également très mauvaise et de nature à étendre l'infection jusqu'au rein.

Aussi bien me paraît-il nécessaire de se défier des résultats de ces néostomies dans lesquelles la cicatrisation s'est faite secondairement après fistule. J'ai trouvé une fois l'uretère retiré loin de la vessie, et les deux organes séparés par un conduit canaliculé qui ne permettait qu'un fonctionnement très imparfait.

Il faut d'autant plus se défier que la clinique est à elle seule impuissante à nous donner une idée exacte du fonctionnement de ces néostomies, et je rapporte l'histoire d'une malade chez laquelle le rein dont l'uretère fut transplanté, est pendant trois ans resté silencieux jusqu'à la mort. J'avais donc parfaitement le droit, au nom de la clinique, de dire que ce rein fonctionnait parfaitement. Or, à l'autopsie (il s'agissait d'un cancer de la vessie), j'ai trouvé ce rein absolument atrophié, transformé presque en tissu fibreux avec quelques petits foyers miliaires autour de quelques glomérules à peine reconnaissables.

La valeur de ces méats ne peut être appréciée qu'au cathétérisme de l'uretère, et en 1906, j'ai montré à la Société de Chirurgie une malade sur laquelle j'avais fait deux ans auparavant l'urétéro-cysto-néostomie pour un rétrécissement de l'uretère.

Au cystocope, on voyait l'orifice urétéral nouveau, ressemblant absolument à un orifice normal et siégeant au sommet de la vessie.

Au cathétérisme de l'uretère, il fut facile de voir que le rein se vidait normalement, l'éjaculation urétérale était normale; il n'y avait pas trace de rétrécissement à l'entrée de l'uretère. C'était un résultat parfait à tous les points de vue.

Au point de vue des *indications*, je réserve les opérations conservatrices aux rétentions rénales de petit volume. Quand le rein est très volumineux et très distendu, les opérations conservatrices ne m'ont pas donné de bons résultats.

Quant à la voie à suivre, je préfère la voie *lombaire*, plus sûre, puisqu'elle met à l'abri du péritoine.

Enfin je préfère les anastomoses latéro-latérales aux anastomoses termino-terminales ou même *termino-latérales*.

Le rein en fer à cheval. Étude anatomique, pathologique et chirurgicale.

En collaboration avec M. Papin.

(*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, février 1912.)

Cette monographie que nous nous sommes efforcés de rendre aussi complète que possible repose sur l'étude de plus de trois cents observations de cette anomalie.

Dans une première partie nous avons esquissé l'anatomie du rein en fer à cheval, étudiant successivement ses formes variables, ses rapports, ses canaux excréteurs, ses vaisseaux. Les principaux points sur lesquels nous avons insisté sont :

1° La forme et la structure de l'isthme qui peut être fibreux ou parenchymateux, haut ou bas, large ou étroit;

2° La forme de la masse totale qui peut être franchement en fer à cheval ou en H, ou plus irrégulière encore;

3° La situation des hiles qui regardent ordinairement en avant;

4° L'abaissement de la masse rénale qui descend sur les dernières lombaires et parfois sur le promontoire ou sur le sacrum;

5° Les rapports anormaux qui en résultent avec les organes voisins;

6° La disposition des vaisseaux, principalement des artères qui sont en général plus nombreuses (de 2 à 10 et en moyenne de 3 à 5) et dont l'origine peut être anormale : elles viennent souvent des artères iliaques;

7° La conformation des uretères : il y en a généralement deux, rarement trois et jusqu'à quatre. Les bassinets sont très souvent bifurqués ou ramifiés.

8° La situation des capsules surrénales qui restent en place et ne coiffent les reins que lorsqu'ils ne sont pas très abaissés;

9° La fréquence des anomalies concomitantes.

La description du rein en fer à cheval est suivie de tableaux rapportant tous les cas sur lesquels nous nous sommes appuyés.

Après un court chapitre sur le rein en fer à cheval à concavité inférieure, anomalie très rare et pratiquement sans importance, nous avons exposé et discuté les diverses théories proposées pour expliquer la formation des reins en fer à cheval.

Dans la seconde partie, nous avons réuni les cas pathologiques et montré la fréquence de l'hydronéphrose, des calculs, des kystes, de la tuberculose dans ces reins anormaux. L'hydronéphrose surtout, anomalie concomitante, est du plus haut intérêt.

Enfin l'étude chirurgicale comprend d'abord le diagnostic et ensuite le traitement. Nous nous sommes efforcés de démontrer qu'avec les moyens modernes d'exploration on peut et on doit arriver à faire le diagnostic du rein en fer à cheval malade et même parfois du rein en fer à cheval sain. C'est en y pensant que ce diagnostic deviendra possible par la palpation, et surtout par la radiographie avec sondes opaques ou injection de collargol.

Ce diagnostic a été déjà fait d'ailleurs dans un certain nombre de cas. Quant aux interventions, elles s'écartent naturellement des règles ordinaires de la médecine opératoire des opérations rénales. La néphrectomie devient l'héminéphrectomie par section de l'isthme médian. La néphrectomie cède le pas à la pyélotomie pour les calculs et cette pyélotomie doit être antérieure. La néphropexie ne saurait trouver sa place ici. Enfin toutes les opérations conservatrices : résections partielles pour kystes, plastiques du bassinet trouvent ici leur indication particulière.

Ajoutons que la multiplicité des vaisseaux rend encore plus délicate toute tentative opératoire.

Nous rapportons au cours de ce travail une quinzaine d'observations personnelles ou inédites. Une centaine de figures reproduisent tous les cas dont nous avons pu trouver la représentation.

XII

TECHNIQUE UROLOGIQUE ET COMPLICATIONS OPÉRATOIRES

Exploration intérieure du rein.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1891, p. 59.)

C'est une étude comparative des divers procédés d'exploration du rein. Ces procédés diffèrent suivant que le rein est sain ou distendu.

1° *Rein sain ou relativement sain.* — L'exploration sur le rein sain par l'incision faite au bassinet, proposée par Lloyd, est une manœuvre défectueuse et forcément incomplète.

L'incision du rein est la méthode de choix : elle doit être faite sur le bord convexe. Mes recherches m'ont démontré qu'il fallait à l'incision une profondeur de

2 à 2 centimètres et demi pour ouvrir, suivant les cas, les calices des groupes moyen et inférieur, le moyen d'abord, l'inférieur ensuite; mais le bassinet lui-même n'est pas ouvert, et, au-dessus ou au-dessous de l'ouverture faite au calice, le doigt pénètre et chemine dans le sinus même et à côté du bassinet intact. L'exploration cependant n'en est pas moins complète dans toute la zone moyenne du sinus, et un calcul siégeant à ce niveau ne pourrait rester méconnu.

Mais, dans tous les cas, il est une portion du rein, la supérieure ou l'inférieure, qui échappera à l'exploration et qu'on ne pourrait atteindre que par des incisions isolées.

2º *Rein dilaté et pyonéphrose.* — La dilatation du rein se fait, en général, d'une façon irrégulière : dans la zone moyenne, on trouve une poche centrale surmontée de la coque rénale amincie, et autour ou à côté de celle-ci des cavités secondaires, en communication avec la première. La dilatation respecte souvent les extrémités supérieure et inférieure du rein; et quand, dans une pyonéphrose, il persiste encore du parenchyme à peu près intact, c'est là qu'on le retrouve. La dilatation de la portion centrale refoule sensiblement les deux cornes supérieure et inférieure du rein vers le hile, et il en résulte pour le rein cette disposition sur laquelle M. Guyon a insisté à plusieurs reprises, la forme en fer à cheval. Il faut toujours songer à explorer ces extrémités dans la néphrotomie, parce que des calculs y restent parfois méconnus dans des poches intactes ou insuffisamment ouvertes.

Le cathétérisme rétrograde, qui aurait de grands avantages en ces circonstances pour s'assurer de la perméabilité de l'uretère, est malheureusement difficile. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de le faire avec succès sur le vivant. Mais les recherches auxquelles je me suis livré m'ont démontré qu'aucune règle ne pouvait être fixée pour ce mode d'exploration, et que, l'orifice supérieur de l'uretère étant introuvable et déformé dans la majorité des pyonéphroses, il n'y a pas à conclure d'un cathétérisme infructueux ou d'une tentative avortée que l'uretère n'est pas perméable.

Procédé exceptionnel de néphrectomie par retournement.

(*XIIe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1908, p. 271.)

A une lésion exceptionnelle, j'ai opposé un procédé de néphrectomie original et d'ailleurs exceptionnel.

Une hydronéphrose volumineuse avait été ouverte et fistulisée au niveau de la paroi abdominale antérieure.

Il fallait l'enlever; mais l'infection était considérable dans la poche et je

voulais éviter l'ouverture du péritoine. Je recourus alors au procédé suivant :

Par l'incision lombaire, je libère la grande poche qu'est le rein distendu mais vidé comme s'il s'agissait d'une néphrectomie lombaire ordinaire : je lie les vaisseaux, je lie l'uretère. Et lorsque la poche toute libérée et non ouverte n'est plus en communication qu'avec la fistule pariétale antérieure, je la refoule tout entière par cet orifice; elle apparaît en avant, à travers l'hiatus fistuleux, se retourne, son entière face pyélitique en dehors; et quand elle est toute retournée, je mets une ligature à la base de ce gros champignon d'éversion. Et la néphrectomie est faite sans que le péritoine ait été ouvert.

Le malade guérit.

Fistule intestinale après la néphrectomie.

(*XIVe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1910, p. 357.)

J'étudie une complication rare de la néphrectomie lombaire, la fistule intestinale. J'en ai observé un cas chez une femme que j'opérai d'une volumineuse pyonéphrose et chez laquelle je vis quelques jours plus tard les matières et les gaz passer presque tous par la plaie lombaire.

Je dus faire l'entéro-anastomose, une iléo-sigmoïdostomie, et je pus ainsi, quoique lentement, guérir cette fistule.

Dans les grosses pyonéphroses, il y a souvent de la suppuration dans la zone de périnéphrite qui devrait protéger le rein; et c'est en s'égarant dans ces zones mal limitées que la décortication du rein vient toucher l'intestin, l'ouvrir ou le dénuder.

Fistule urinaire à la suite d'une néphrorraphie.

(*VIIe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1903, p. 696.)

C'est encore un accident rare, mais très désagréable, que je signale ici à la suite de la néphrorraphie. La fistule urinaire résulte de l'infection légère du bassinet : un fil passe dans un calice, y puise un peu d'infection. Par lui, le tissu cellulaire périrénal est contaminé et la fistule est installée. J'ai pu suivre sur une de mes malades cette évolution et j'ai dû plus tard enlever le rein qui était le point de départ de cette fistule.

Avant donc de fixer un rein mobile atteint de pyélonéphrite — c'est la conclusion pratique qui se dégage de cette observation — il faut y regarder à deux fois et se tenir très près du bord convexe afin de ne pas être amené à introduire un des fils à travers des calices.

Néphrectomie et spermatogenése.

En collaboration avec M. Cathelin.

(*VIIe Session de l'Association française d'Urologie*. Paris, 1903, p. 701.)

Dans une note publiée à la Société de Biologie, Loisel avait étudié l'influence sur le cbien de la néphrectomie sur la spermatogenèse.

Nous avons recherché si, en clinique, on trouvait la trace d'une influence quelconque de la néphrectomie sur la fonction génésique, et d'investigations multipliées sur un certain nombre de néphrectomisés, nous sommes arrivés à une conclusion purement négative.

L'ouverture sous-pubienne de la vessie. Étude de médecine opératoire.

En collaboration avec M. Cathelin.

(*VIIe Session de l'Association francaise d'Urologie*. Paris, 1903, p. 594.)

Nous avons étudié sur le cadavre la taille sous-pubienne de Langenbuch; nous en avons décrit les différents temps et réglé le manuel opératoire, tout en reconnaissant que cette voie d'accès à la vessie présente de sérieux inconvénients, et ne pourrait trouver son indication que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles.

De la suture primitive de la vessie après la taille hypogastrique.

(*Gazette des Hôpitaux*, 1892, nº 81, p. 761.)

De la suture primitive et totale de la vessie après la taille hypogastrique chez l'enfant.

(*VIe Congrès français de Chirurgie*. Paris, 1891, p. 388.)

La taille périnéale fut longtemps préférée à la taille hypogastrique : la facilité de la guérison, la difficulté du drainage sus-pubien chez l'enfant forcément intolérant étaient la raison de ces préférences. Et cependant, la taille périnéale constitue une opération aveugle, au cours de laquelle on ne voit pas ou l'on voit mal ce que l'on fait.

La suture totale de la vessie après la taille hypogastrique devait la rendre applicable chez l'enfant et lui assurer pour l'avenir la priorité sur la taille basse.

C'est à montrer cette supériorité de la taille sus-pubienne chez l'enfant qu'est consacré ce travail.

Les résultats de la suture de la vessie, en effet, sont encore supérieurs chez l'enfant à ce qu'ils sont chez l'adulte : cela tient surtout à ce que la vessie, à cet âge, ne saigne pas ou saigne peu, et le saignement après la taille est, chez l'adulte, le gros obstacle qui fait échouer la réunion première.

Une observation empruntée au service du Prof. Guyon vient appuyer ces considérations sur les avantages de la taille hypogastrique avec la suture totale de la vessie dont, dans un autre travail, j'ai envisagé les avantages et la technique chez l'adulte.

Modification à la technique de la taille hypogastrique.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 367.
VI[e] Session de l'Association française d'Urologie Paris, 1902.
Ibid. Paris, 1903, p. 592.)

Dans toute une série de travaux, j'ai modifié et perfectionné la technique de la taille hypogastrique.

1° D'abord, dès 1893, j'ai proposé un dépresseur pour la paroi vésicale, qui fut déjà à ce moment un vrai progrès.

L'inconvénient des écarteurs dont on se servait jusqu'alors dans la taille hypogastrique, malgré les services très importants qu'ils rendaient, était de ne pas permettre d'agir assez efficacement sur le bas-fond vésical pour le déprimer et donner du jour quand on opérait près du col.

Aussi, j'ai fait construire plusieurs types d'une valve pour la taille, à longue lame recourbée et à angle obtus ; elle agit à la manière d'un dépresseur sur le bas-fond et la paroi postérieure de la vessie, et répond au but voulu de donner beaucoup de jour dans une région difficilement accessible.

2° Au lieu de distendre la vessie avant la taille par de l'eau boriquée qui, en se répandant sur la paroi et sur le malade, infecte la plaie et le champ opératoire, je propose de distendre la vessie, quand il est nécessaire, avec de l'air stérilisé. Tous les inconvénients précités sont évités.

3° En outre, pour simplifier le manuel opératoire, j'ai fait construire un écarteur automatique pour la taille hypogastrique. Il a l'avantage de supprimer un aide, d'assurer l'écartement fixe des muscles droits, la fixation de la vessie à la plaie abdominale pendant toute la durée de l'acte opératoire. Le champ de l'intervention étant ainsi largement étalé, les moindres détails de l'opération peuvent être suivis par tous et à distance (fig. 31).

D'ailleurs, cet écarteur a été adopté depuis par tous ceux qui ont souvent à pratiquer la taille hypogastrique. Il est ou non combiné avec le dépresseur.

4° Enfin j'ai proposé de combiner l'incision longitudinale de la paroi avec l'incision *transversale* de la vessie, en réalisant ce que j'appelle la *taille médio-transversale*. Et l'opération ainsi pratiquée a tous les avantages de la taille transversale, autrefois en honneur et justement abandonnée à cause des éventrations

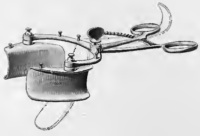


Fig. 31. — *Mon écarteur vésical pour la taille.*

qu'elle causait, et elle n'en a pas les inconvénients, puisque la vessie seule est incisée transversalement. Le jour ainsi obtenu est considérable et, pour l'ablation des tumeurs en particulier, les manœuvres s'effectuent avec plus d'aisance et de sécurité.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, les vaisseaux ne saignent pas plus avec cette incision transversale qu'avec la verticale.

Des fistules hypogastriques consécutives à la taille.

(*VIIe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, 1903, p. 600.)

Les fistules urinaires à la suite de la taille hypogastrique relèvent de causes multiples. En général, elles résultent d'une imperméabilité de l'urètre : quand il y a hypertrophie prostatique, quand la vessie se vide peu ou se vide mal, la fistule trouve dans ces conditions une raison de se produire ou de persister.

Mais à côté de ces causes vésicales ou urétrales et dont l'importance est bien connue, j'ai voulu insister sur une nouvelle cause, sur le rôle de l'éventration abdominale.

Sur un de mes malades, en effet, dont l'urètre était perméable et dont la vessie se vidait exactement, une fistule hypogastrique persistait à la suite d'une taille et résistait à toute thérapeutique. Mais il y avait une éventration, et il me suffit un jour de faire la cure radicale de l'éventration pour que d'emblée la fistule fût fermée. Cette observation avait ainsi la valeur d'une expérience; elle établit nettement *la part de l'éventration* dans la pathogénie de quelques fistules hypogastriques.

L'ablation de l'urètre antérieur chez la femme avec urétrotomie vaginale.

En collaboration avec PIERRE DUVAL.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, août 1903.)

Nous avons eu pour but dans cette note de préciser et même de régler la technique opératoire de l'ablation de l'urètre antérieur chez la femme.

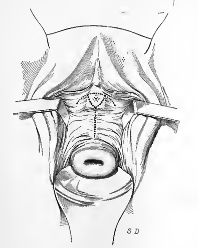


FIG. 32. — *Ablation de l'urètre chez la femme. Premier temps.*

Le premier temps de l'opération doit être, surtout quand il s'agit d'épithélioma, *explorateur*. En effet, la délimitation d'un néoplasme appréciable à l'exté-

rieur n'est pas toujours très simple ni très facile : ni l'explorateur à boule, ni le toucher extérieur ne peuvent permettre de dire sur quelle étendue de la muqueuse se répandent les traînées épithéliales de la tumeur.

Aussi bien pensons-nous que le premier temps de l'opération doit être combiné de telle sorte qu'il permette de faire l'exploration de l'urètre et des tissus péri-urétraux. Il suffit pour cela d'aborder toujours le canal par sa partie supérieure, c'est-à-dire par *la voie symphysaire.*

Une fois l'urètre séparé de la symphyse, le lambeau urétro-vaginal est

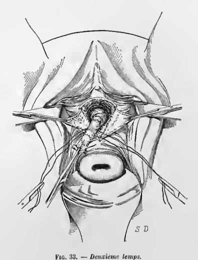


Fig. 33. — *Deuxième temps.*

abaissé avec une pince, et on peut, en fendant l'urètre longitudinalement sur sa paroi supérieure, vérifier l'intégrité ou non de la muqueuse et juger de l'étendue du néoplasme.

La technique de l'opération nous paraît donc devoir être précisée et pratiquée de la façon suivante :

1er *temps. Incision sus-urétrale. Exploration de l'urètre.* — Le vestibule de la vulve est exposé dans sa largeur (fig. 32).

Une incision concave en arrière est menée d'un côté à l'autre à égale distance

du clitoris et du méat urinaire. Le lambeau urétro-vaginal est séparé des tissus symphysaires et abaissé vers le vagin par une pince fixatrice.

Une fois que le lambeau urétro-vaginal est décollé dans une étendue supposée suffisante, *l'urètre est fendu longitudinalement sur sa paroi supérieure :* on étale les deux lèvres de l'incision, on vérifie l'extension des lésions et on précise le point où devra porter la section de l'urètre.

2 *temps. Incision sous-urétrale et libération inférieure de l'urètre* (*fig.* 33). — Lorsqu'ainsi on a défini par l'extension des lésions le point où doit porter la section

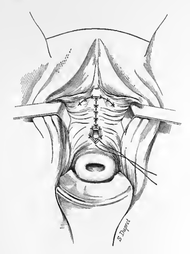


Fig. 34. — *Dernier temps. Urétrostomie vaginale.*

de l'urètre, le méat est circonscrit par une ellipse antéro-postérieure, et une queue médiane le prolonge jusqu'à un centimètre environ en avant du col de la vessie.

Les lambeaux vaginaux sont libérés aux ciseaux et toute la moitié antérieure de l'urètre, complètement libre, est attirée en avant.

3 *temps. Section de l'urètre et suture urétro-vaginale.* — Deux points temporaires para-urétraux sont placés, un de chaque côté, sur le canal, en avant du point de section ; ils servent à maintenir l'urètre que son élasticité tendrait à retirer vers la vessie (fig. 34).

En avant de ces fils, l'urètre est sectionné.

Quatre points cardinaux suturent l'urètre au vagin ; ils embrassent la totalité des parois urétrale et vaginale.

Le point antérieur intéresse les deux parois vaginales et la paroi supérieure du canal.

L'orifice néoformé est oblique en avant et ne regarde pas directement en bas.

4e *temps. Restauration vaginale.* — La section du vagin est suturée par une colporraphie ordinaire en T à branche transversale vestibulaire.

Tous les points sont faits au catgut. Au bout de huit jours, ils sont d'eux-mêmes tombés et la réunion est bonne.

Restauration de l'urètre chez la femme.

(*Congrès français de Chirurgie, X*e *Session.* Paris, 1896.)

Dans un cas de destruction totale de l'urètre, je dus reconstituer le canal

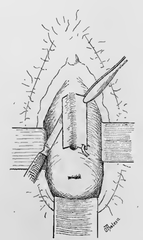


FIG. 35. — *Restauration de l'urètre. Premier temps.*

aux dépens de lambeaux empruntés aux parties voisines, c'est-à-dire au vagin et à la vulve.

Pour être suffisant, le nouvel urètre doit avoir deux qualités : il lui faut la longueur et l'épaisseur

Avivement de chaque côté de la paroi vaginale, juxtaposition des parties

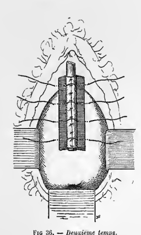


Fig 36. — *Deuxième temps.*

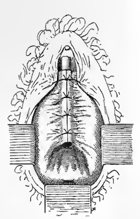


Fig. 37. — *Troisième temps.*

avivées au-dessous de la sonde, par une suture appropriée : telles sont les grandes lignes du procédé que je décris (fig. 35).

Le résultat a été parfait au point de vue de la forme, mais insuffisant au point de vue de la fonction, le sphincter ayant été détruit (fig. 37).

Nouveau procédé d'urétrotomie externe chez la femme. De la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre féminin.

(*IIe Session de l'Association française d'Urologie.* Paris, Doin, 1897.)

Pour aborder l'urètre féminin, on suit en général la voie vaginale et, pour pratiquer l'urétrotomie externe, on incise le vagin. Mais lorsque la réunion échoue, il en résulte une fistule qu'il est souvent difficile de guérir.

Pour remédier à cet inconvénient, j'ai cherché à aborder l'urètre par la face supérieure, par la voie sous-symphysaire. J'ai montré comment, par une incision

curviligne tracée entre le méat et le clitoris, on pouvait décoller l'urètre de la symphyse et mettre à nu sa face supérieure jusqu'au col de la vessie (fig. 27 et 28, p. 130).

Pour enlever des polypes étendus à toute la longueur de l'urètre, j'ai suivi sur une de mes malades ce manuel opératoire. J'ai pu, après avoir décollé l'urètre, fendre sa paroi supérieure sur toute sa longueur et restaurer après, par une suture appropriée, la brèche ainsi créée.

Dans ces conditions, si la réunion échoue, la fistule ne peut durer, car elle est supérieure à l'urètre ; elle n'est pas amorcée par la déclivité, et ce procédé très simple m'a donné un résultat parfait, au double point de vue de la forme et de la fonction.

Depuis lors, il a été adopté à la Clinique de Necker pour toutes les interventions qui se pratiquent sur l'urètre féminin. J'y ai même eu recours à plusieurs reprises pour plisser l'urètre dans certaines formes d'incontinence d'urine.

Urétrotomie externe pour urétrite scléreuse chez la femme.
(VIe Session de l'Association française d'Urologie, 1902, p. 223.)

A une lésion rare, exceptionnelle d'urétrite scléreuse chez la femme, à une lésion qui avait résisté à tous les traitements classiques usités en pareil cas, j'ai opposé un moyen nouveau.

Par une fente longitudinale faite à la paroi supérieure de l'urètre, j'ai ouvert le conduit : puis je l'ai suturé, mais de telle façon que la suture était incomplète et qu'une longue bande de tissu péri-urétral venait prendre sa place dans la paroi du canal, c'était comme un *élargissement permanent* du calibre du canal qui fut réalisé par mon opération et vérifié ultérieurement. Le résultat fut excellent et la malade guérit complètement.

C'est grâce à mon procédé d'urétrotomie externe par la voie sous-symphysaire que j'ai pu réaliser cet élargissement urétral qui eût été impossible par la voie inférieure ou vaginale.

Autoplastie urétrale par transplantation veineuse.
Rapport sur une observation de M. Tanton.
(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXXVI, 1910, p. 501.)

Nouvel urétrotome.
(Presse médicale, 1911, p. 601.)

J'ai cherché à réunir dans ce nouvel urétrotome les qualités de simplicité et de rapidité de l'urétrotome de Maisonneuve avec les sections multiples exigées

aujourd'hui par la chirurgie moderne pour l'élargissement des rétrécissements de l'urètre (fig. 38).

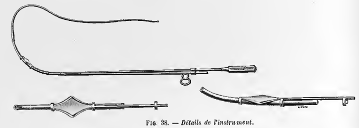


FIG. 38. — *Détails de l'instrument.*



FIG. 39. — *Coupe de l'urètre, au niveau du rétrécissement, douze jours après l'urétrotomie.*
On voit la trace des quatre sections. Dans la lumière, se voit une production polypeuse finement pédiculé
Au niveau des sections inférieure et droite, la plaie n'est pas encore recouverte d'épithélium.

En cheminant dans l'urètre, cet urétrotome fait dans un seul voyage, avec sa lame losangique à quatre tranchants tournant autour de la tige conductrice, les

quatre sections nécessaires, et sur des pièces d'autopsie j'ai pu me rendre compte de la réalité de ces quatre sections, comme de l'intégrité de l'urètre dans les intervalles des rétrécissements (fig. 39).

Je n'ai vu avec cet instrument aucun accident, et il me paraît avoir sur les autres urétrotomes de très réels avantages.

XIII

ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Torsion du cordon spermatique.

Rapport sur une observation de Souligoux.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 15 juillet 1895. *Ibid.*, t. XXX, 1904, p. 48.)

En 1895 j'ai communiqué à la Société de Chirurgie une observation de torsion du cordon spermatique. Cette observation était tout à fait rare et exceptionnelle en ce qu'elle établissait une nouvelle variété de torsion du cordon spermatique, *la variété extra-vaginale*. D'habitude, en effet, dans les quelques observations connues, peu nombreuses d'ailleurs, la torsion du cordon spermatique se fait à l'intérieur de la vaginale : elle est *intra-vaginale*, c'est un volvulus. Mon observation montrait, au contraire, qu'à côté du volvulus il y avait le bistournage spontané, c'est-à-dire la torsion du testicule, de l'épididyme et de ses enveloppes propres, vaginale comprise.

Plus tard, en 1904, dans un rapport à la Société de Chirurgie sur une observation de Souligoux, je suis revenu sur ces différences.

L'infarctus hémorragique qui est en général la conséquence de la torsion n'est pas toujours assez intense pour vouer le testicule à la nécrose et nécessiter la castration.

Dans le cas qui m'est personnel, je me suis contenté de détordre le cordon et j'ai conservé le testicule en le fixant. Le malade guérit avec un testicule d'apparence normale fixé au fond des bourses.

Du traitement de l'hydrocèle vaginale par l'inversion de la vaginale.

(*XIIIe Congrès de Chirurgie.* Paris, Alcan, 1899, p. 664.)

J'apprécie dans cette note les résultats, les inconvénients et les indications de l'inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle.

En ce qui concerne les résultats, je montre par deux observations personnelles la possibilité de *récidives* immédiates ou très rapides, qui constituent un gros reproche à faire à ce procédé : la vaginale se remet en place et le feuillet pariétal reprend sa situation.

Pour éviter cet accident, je fixe la vaginale retournée au cordon par quelques points de suture au catgut.

En outre, le retournement doit être complet.

Enfin, une autre condition nécessaire est que la vaginale soit souple et peu volumineuse; au cas contraire, le retournement se fait mal et donnera un mauvais résultat.

Ainsi pratiqué, le procédé de l'inversion est le procédé de choix pour les hydrocèles de petit et de moyen volume, c'est-à-dire ne dépassant pas le volume du poing, et pour les séreuses non épaissies.

Des hématocèles enkystées du cordon spermatique (vaginalites funiculaires hémorragiques).

(*Archives générales de Médecine*, 1890, vol. I, p. 183 et 307.)

Trois observations d'hématocèle enkystée du cordon spermatique forment la base de ce mémoire dans lequel je présente une description méthodique de cette variété très rare de tumeur kystique du cordon. L'une de ces observations fut recueillie dans le service de mon maître le Prof. Lannelongue à Trousseau, alors que j'étais son interne, l'autre me fut obligeamment remise par mon maître le Prof. Le Dentu.

Anatomiquement, on distinguait jusqu'alors trois catégories d'épanchements sanguins enkystés du scrotum en dehors de la vaginale. C'étaient : 1° l'hématocèle enkystée du cordon; 2° l'hématocèle dite par épanchement, et 3° l'hématocèle de l'épididyme.

1° Les *hématocèles enkystées* du cordon sont dues à la transformation d'un kyste séreux : elles sont constituées par des tumeurs lisses, régulières, de dimensions moyennes. Elles siègent sur le trajet du cordon; leur paroi adhère souvent

aux éléments mêmes du cordon. A la coupe, on trouve une cavité pleine de liquide plus ou moins sanguinolent; la paroi présente tous les degrés d'épaisseur depuis la séreuse à peine modifiée (1 à 2 millimètres) jusqu'à des parois toutes transformées et dont l'épaisseur s'élève jusqu'à un ou plusieurs centimètres. Sur une de mes pièces, la paroi était uniformément dure et résistante, d'une épaisseur de près de 2 centimètres, et on y reconnaissait encore l'apposition successive des couches stratifiées de tissu conjonctif.

Dans les cas récents, on ne trouve à la face interne de la paroi qu'une néo-membrane qu'il est possible de décoller, de séparer d'un feuillet fibreux, seul vestige de la séreuse transformée.

La structure de la paroi est la même que la membrane de l'hématocèle vaginale; et le contenu est formé par du sang pur, ou mélangé à la sérosité du kyste antérieur : on y trouve le plus souvent des caillots.

Ces kystes hématiques ne sont que des kystes transformés du cordon; ce sont des vaginalites en miniature. Aussi ai-je proposé de les appeler des *vaginalites funiculaires hémorragiques.*

2° La seconde variété, les *hématocèles enkystées du cordon dites par épanchement*, n'existent pas. On appelle de ce nom des épanchements sanguins, consécutifs à un traumatisme, qui s'enkystcraient de manière à former une tumeur kystique, avec une cavité centrale limitée par une paroi ferme. Il s'agit, dans tous ces cas, de vaginalites funiculaires latentes, dont un traumatisme souvent important a hâté l'évolution et favorisé la transformation hémorragique.

3° Quant à la troisième variété, aux *hématocèles de l'épididyme*, j'ai montré que la plupart des faits relevaient du même mécanisme; que la plupart du temps il s'agissait de vaginalites funiculaires, développées juste au-dessus de la vaginale, dans le segment terminal du conduit péritonéo-vaginal, et que les rapports avec l'épididyme avaient fait prendre à tort pour une transformation hématique d'un kyste de l'épididyme.

A la division précédente, j'ai substitué la simplification que voici : suivant leur siège, les vaginalites funiculaires hémorragiques sont *inguinales*, *scrotales* ou *supra-testiculaires.*

Au point de vue clinique, deux signes sont caractéristiques : c'est d'abord la fluctuation, qui indique la nature kystique de la tumeur; c'est encore le défaut de transparence, qui la distingue d'un kyste simple du cordon. Lorsque la tumeur ne peut être isolée du testicule, il y a parfois de grandes difficultés pour la distinguer d'un sarcome : je rapporte une observation dans laquelle l'erreur fut commise. Lorsque la tumeur est indépendante du testicule, c'est avec les tumeurs du cordon qu'on pourrait la confondre.

Des divers procédés de traitement, seules doivent être conservées la décor-

tication et l'excision. La castration convient aux tumeurs anciennes, à parois dures et, par ailleurs, inséparables du testicule.

Diagnostic des tumeurs du scrotum.

(*La Clinique*, 1908, n° 22.)

C'est une leçon de vulgarisation, destinée aux élèves, et ayant pour objet la séméiologie des tumeurs du scrotum.

Les ectopies du testicule.

(*Journal de Médecine et de Thérapeutique*, 1909, oct., p. 689.)

Cette leçon ne contient rien d'original.

De l'utilité de la circoncision immédiate dans le traitement du paraphimosis.

La thèse de mon élève Peltre (Paris, 1899) contient un certain nombre d'observations personnelles qui démontrent l'utilité de la circoncision immédiate dans le traitement du paraphimosis. Les vieilles méthodes violentes, toujours douloureuses, ne remédient que momentanément aux accidents : il faut opérer ensuite le phimosis. Je montre les avantages de l'opération immédiate ; je résèque exclusivement la bride qui étrangle. De suite le paraphimosis est détruit, et quelques sutures complètent l'opération dont les résultats sont toujours très favorables.

CHAPITRE II

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Leçons de clinique chirurgicale.

(Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 454.)

En 1901, pendant le semestre d'été, j'eus l'honneur de remplacer à l'Hôtel-Dieu le Prof. Duplay en congé. Pendant six mois, j'ai fait des cliniques chirurgicales dont quelques-unes sont publiées dans cet ouvrage. Elles portent sur les différents sujets que les hasards de la clientèle hospitalière avaient mis à notre disposition, et, en les parcourant, on peut voir s'y dérouler l'œuvre de clinique chirurgicale que nous avons vécu pendant la succession d'un semestre.

Elles sont au nombre de 30 et réparties en six groupes :

Pathologie générale; Chirurgie des membres; Chirurgie de la tête, du cou, du sein; Abdomen et hernie; Appareil génito-urinaire; Gynécologie.

Plusieurs de ces leçons sont moins des revues de la question que des mémoires originaux sur quelques points particuliers de la chirurgie : je citerai les leçons sur les *luxations anciennes de l'épaule*, les *interventions pour plaies du crâne par armes à feu*, l'*autoplastie du sein*, les *récidives* de la *hernie inguinale*, l'*éventration traumatique*, le *noyau épididymaire*, les *localisations initiales et l'extension de la tuberculose testiculaire*, l'*anurie dans le cancer de l'utérus*, l'*hytérectomie abdominale dans le prolapsus utérin*, les *grandes collections séreuses pelviennes.*

Toutes ces leçons ont été écrites de ma main : j'y ai inséré des photographies, des figures, des tracés de température, des examens histologiques, tout ce qui contribue enfin à compléter l'histoire des malades et à rendre l'enseignement plus vivant et plus instructif.

Plusieurs de mes opérés ont été revus et suivis, et j'ai pu, avant la publication de ces leçons, ajouter à leurs observations la mention du résultat éloigné et

apporter, à quelques-unes de mes interventions au moins, la consécration qui résulte de l'épreuve du temps.

J'ai voulu en outre publier à la fin de cet ouvrage la statistique des opérations pratiquées dans le service du 1er mars au 31 octobre 1901 pendant la durée de ma suppléance. Elle donne le niveau de notre activité et la mesure de nos moyens : elle est la sanction de notre pratique.

I

ASEPSIE — ANESTHÉSIE — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La pratique de l'asepsie.

(*Leçons de clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu, 1901). Paris, Alcan, 1902, p. 1.)

Je me suis toujours préoccupé des moyens d'assurer et de perfectionner l'asepsie dans les milieux où le hasard m'appelait à opérer. C'est par une étude de l'Asepsie que j'inaugurais mes leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu en 1901.

En ce qui concerne le lavage des mains, je rappelle que la désinfection en est d'autant plus facile à assurer qu'elles restent plus propres, et que les mains devenues aseptiques par le lavage ne le restent pas longtemps. Aussi, depuis longtemps, me suis-je familiarisé avec la pratique des gants de caoutchouc que j'utilise pour toutes les opérations septiques quelles qu'elles soient.





Fig. 40 et 41. — *Doigtiers pour toucher vaginal.*

Pour les touchers vaginaux ou rectaux, j'ai même fait construire des doigtiers doubles que j'ai présentés à la Société de Chirurgie en avril 1902. Ils ont pour but de protéger non seulement le doigt qui touche, mais aussi la main et particulièrement les commissures (fig. 40 et 41).

Stérilisation du catgut.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1902, p. 57 et *Ibid.*, 1906.)

C'est dans le même but de rechercher partout l'asepsie la plus absolue que j'ai été amené, avec M. Robert, à préconiser et à vulgariser un nouveau mode de stérilisation du catgut dans l'alcool. Le catgut est stérilisé dans l'alcool absolu, mais comme la conservation dans l'alcool absolu rend le catgut dur et cassant, nous avons corrigé cette défectuosité par un dispositif spécial. Dans le tube stérilisé contenant et le catgut et l'alcool absolu, nous plaçons une ampoule contenant une quantité d'eau pure et également stérilisée : après la sortie de l'autoclave, il suffit d'agiter le tube. L'ampoule intérieure se brise, son contenu se mélange avec l'alcool, l'alcool devient de l'alcool à 90°, et nous avons ainsi changé le catgut de milieu sans ouvrir le flacon qui le contient.

Depuis nous avons reconnu que la stérilisation par l'alcool n'avait pas l'absolue sécurité que nous pensions : sous l'influence de l'alcool, il se fait à la surface du catgut une couche protectrice qui empêche la pénétration de la vapeur sous pression au centre du catgut. Cette pénétration est en effet très difficile. Le centre du catgut a bien une température de 120°, mais ce n'est pas une température de vapeur sous pression.

Aussi avons-nous préféré porter notre catgut plusieurs fois à cette forte température; et alors que la bactériologie nous a montré que deux passages à la température de 120° dans la benzine sont suffisants, nous répétons deux fois ce passage et sommes sûrs de l'absolue asepsie du catgut ainsi préparé.

La rachi-cocaïnisation.

(*Presse médicale*, 27 octobre 1900, p. 249 (En collaboration avec Kendirdjy). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXVII, 1901, p. 569. — *Ibid.*, 1901, p. 1002. — *Presse médicale*, 1901, n° 90, p. 266. — *Leçons de clinique chirurgicale*, Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, p. 19.)

Je me suis toujours préoccupé des moyens utilisés en chirurgie pour la suppression de la douleur, et dès que fut vulgarisée en France par M. Tuffier, la méthode de Corning-Bier,je l'ai utilisée. Et dans une série de publications, j'ai rendu compte au fur et à mesure de mes résultats.

Séduit d'abord par la simplicité de la technique et l'exactitude de l'anesthésie, je m'étais franchement rallié à cette méthode d'anesthésie qui me parais-

sait pleine d'avenir. Et dans un premier travail publié dans la *Presse médicale* en 1900, dans une première communication à la Société de Chirurgie en 1901, je me rangeais parmi les défenseurs de cette méthode.

Malheureusement, quelques années plus tard, j'avais le regret d'observer deux cas de mort immédiate, et toujours dans des conditions telles qu'il était impossible de ne pas accuser la méthode elle-même. Les malades étaient morts sur la table de l'opération : il n'y avait ni excès dans la dose ni faute aucune de l'opérateur.

Ces faits accusaient nettement la méthode : ils atténuaient l'opinion favorable que j'avais eue particulièrement sur cette anesthésie, et, dans la séance du 6 novembre 1901, dans le but d'éviter à d'autres pareils malheurs, je communiquai l'observation de ces deux cas mortels. Ce fut pour la rachi-cocaïnisation comme le coup de grâce. Elle fut bientôt remplacée par la rachi-stovaïnisation, beaucoup moins grave.

Valeur de la rachi-stovaïnisation.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIV, 1908, p. 535.)

Au cours d'une discussion soulevée à la Société de Chirurgie, sur la valeur de la rachi-stovaïnisation comme méthode d'anesthésie, j'ai apporté le résultat de 313 opérations faites avec son concours.

Mes doses n'ont jamais dépassé 7 centigrammes, et je n'ai utilisé cette méthode que pour des opérations basses, sur le périnée ou les membres inférieurs, opérations qui ont toujours été considérées comme du ressort de l'anesthésie médullaire?

Les incidents *pendant* l'anesthésie ont été rares : je les ai vus 7 fois caractérisés par de l'angoisse, des sueurs profuses, de la syncope, de la lenteur du pouls.

Après l'anesthésie, j'ai eu une série d'accidents insignifiants, tels que les vomissements, la céphalalgie, la rétention d'urine; celle-ci persista même une fois pendant neuf mois.

Plus graves ont été deux syncopes survenues inopinément dans la journée.

Quatre malades ont eu une réaction méningée intense, pendant quatre à six jours, avec polynucléose : ils ont cependant guéri.

Chez d'autres malades, les accidents ont été plus graves encore : l'un eut quarante-huit heures après, des accidents si graves d'intoxication que ses jours parurent en danger. Un autre est resté paraplégique. Un troisième enfin est mort de paraplégie, d'incontinence urinaire et fécale au bout de quelques semaines.

Ces accidents très graves ne m'ont pas permis de conserver à la rachi stovaïnisation ma confiance. L'anesthésie n'est qu'un moyen dans l'opération

nous pouvons subir, pour un temps une gravité momentanée, immédiate, contre laquelle nous pouvons nous défendre. Mais nous ne pouvons accepter que l'anesthésie crée par elle-même des désordres ou des dangers alors que le malade est guéri de la lésion pour laquelle il avait subi une opération.

Cet abandon de la stovaïne en tant que méthode habituelle d'anesthésie me paraît d'autant plus nécessaire qu'elle est souvent insuffisante à donner elle-même l'anesthésie parfaite. Dans un septième de mes cas, j'ai dû imposer aux malades un autre anesthésique en plus de la stovaïne.

Insuffisante à anesthésier, dangereuse à recevoir, la rachi-stovaïnisation doit donc être réservée à quelques cas exceptionnels où les autres méthodes sont contre-indiquées.

L'anesthésie par voie rectale.

En collaboration avec Morel et Verliac.

(*Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. LXVI, 1909, p. 908.
Archives générales de Chirurgie, juin-juillet 1909.)

Proposée par Roux, à l'Académie des Sciences (1er février 1847), la narcose rectale, après des fortunes diverses, ne s'est jamais imposée. De récents essais, renouvelés en Russie et en Allemagne, remettant en question sa valeur et ses inconvénients, nous avons cherché à voir si ceux-ci tiennent au principe même de la méthode ou à son application défectueuse.

Le procédé classique, de Pirogoff, employé presque exclusivement, consiste à faire pénétrer dans le rectum les vapeurs dégagées (par immersion dans l'eau à 45-50 degrés) d'un flacon à demi plein d'éther sulfurique, jusqu'à obtention d'une insensibilité complète.

A. — *Comment s'effectue la progression des vapeurs d'éther dans l'intestin?* — Très irrégulièrement, tant chez l'homme que chez les animaux, l'obstacle opposé par la valvule iléo-cæcale variant d'une espèce et d'un sujet à l'autre. Il peut être impossible de forcer la valvule; généralement on y parvient. Lorsque la valvule est forcée d'emblée, l'absorption de l'éther s'étend du coup à tout l'intestin, d'où anesthésie rapide, régulière, avec le minimum d'éther (pas d'accidents). Lorsque la valvule se laisse difficilement forcer, l'anesthésie se fait en deux temps : 1° le gros intestin se distend seul (anesthésie insuffisante, douleurs et possibilité de rupture cæcale); 2° la valvule cède, et une trop grande quantité de vapeurs d'éther se répand brusquement dans l'intestin grêle (accidents cardio-pulmonaires, collapsus probable). Poncet avait déjà signalé ce danger. Il y a donc intérêt à rendre la valvule inexistante. Nous y parvenons chez l'animal, par l'administration préalable

d'atropine-morphine, ou par l'inhalation première de bromure d'éthyle. Dès lors, la tonicité valvulaire vaincue, les vapeurs anesthésiques propulsées par le rectum progressent librement vers l'orifice oral, le sphincter pylorique ne leur opposant aucun obstacle. On obtient ainsi une narcose régulière, sans à-coups, comparable d'un sujet à l'autre et singulièrement raccourcie de toute la phase d'imprégnation préanesthésique, longue avec l'éther seul.

B. — *Quel est l'état de l'intestin après le passage des vapeurs d'éther?* — Avec le procédé classique, nous avons réalisé de fréquentes lésions de l'intestin (dix-huit fois sur 20 lapins; une fois sur 5 chats; deux fois sur 7 chiens), comparables aux lésions constatées par les chirurgiens. Surtout localisées au gros intestin, elles consistent en œdème de la sous-muqueuse, congestion intense de la muqueuse, ulcérations profondes; parfois, de la muqueuse il ne reste plus que des vestiges de papilles infiltrées de sang et de polynucléaires. Ces lésions qui se traduisent cliniquement par de la diarrhée, des hémorragies graves, etc., sont imputables à l'action nocive de l'éther vaporisé sur la muqueuse rectale. Cette action est d'autant plus intense qu'elle est plus prolongée; la température élevée (50 degrés) à laquelle on en injecte les vapeurs, leur degré de condensation, la pression nécessaire pour les propulser entrant aussi en ligne de compte. Nous avons pu réduire ces inconvénients : 1° par l'emploi du bromure d'éthyle (qui raccourcit de beaucoup la durée d'administration de l'éther, et empêche l'élévation excessive de la pression dans le gros intestin); 2° par la substitution, aux vapeurs d'éther à 50 degrés, d'air saturé d'éther par barbotage à la température ordinaire; 3° par la propulsion de l'éther au moyen d'un courant d'oxygène, au lieu du courant d'air. Un dispositif spécial nous permet d'envoyer à volonté dans l'intestin soit de l'oxygène chargé d'éther, soit de l'oxygène pur. Enfin, un robinet de sûreté nous permet d'évacuer rapidement les gaz intestinaux si la pression rectale devient trop élevée.

Grâce à ces précautions, nous n'observons plus d'hémorragies ni de diarrhée post-anesthésiques, et l'examen histologique ne décèle sur l'intestin ni œdème, ni congestion, ni ulcérations.

Au total, avec la technique et le dispositif décrits, après avoir réalisé sur l'animal un certain nombre d'interventions sur la cavité buccale et le cou, sans observer aucun des accidents si fréquents avec le procédé classique, nous croyons pouvoir formuler les conclusions générales suivantes :

Conclusions. — Le principe de l'éthérisation rectale n'est pas passible de critiques irréductibles, mais la technique classique est loin d'être parfaite.

L'emploi du bromure d'éthyle en inhalation préparatoire, de l'éther non chauffé, de l'oxygène chargé d'anesthésique par barbotage nous semblent réaliser un progrès.

Prudemment conduite, la narcose rectale n'est pas plus dangereuse que la narcose par inhalation.

Elle a des contre-indications formelles : état mauvais ou douteux de l'intestin, interventions sur l'abdomen, le périnée et les organes génitaux.

Elle ne présente aucun avantage sur les autres méthodes dans les interventions sur les membres.

Elle offre des avantages indiscutables dans les interventions sur la face, la cavité buccale, le cou (l'opérateur n'étant ni gêné, ni contaminé par l'anesthésiste); et sur le thorax (suppression des vapeurs anesthésiques concentrées sur le poumon malade).

Elle constitue une méthode d'exception.

De la chloroformisation avec l'appareil de Ricard.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXI, 1905, p. 1130.)

J'apporte le résultat de 200 anesthésies pratiquées avec l'appareil de Ricard et, isolant les fautes du chloroformisateur, les incidents dus au malade, arrive à conclure à la supériorité incontestable de cet appareil sur la compresse tant au point de vue de la mortalité, qui ne sera cependant pas supprimée, que de la morbidité du malade qui est très diminuée.

De l'eucaïne en chirurgie.

En collaboration avec M. Lihou.

(*Gazette des hôpitaux*, 18 février 1897, et *Ire Session de l'Association française d'Urologie*. Paris, Doin, 1896.)

Un des premiers en France, j'ai utilisé, pour la pratique chirurgicale, l'eucaïne. Avant d'y recourir sur le malade, j'ai étudié, par l'expérimentation sur l'animal, sa toxicité et ses propriétés.

J'ai constaté, avec mon élève Lihou, qu'à des propriétés anesthésiques égales, sinon supérieures à la cocaïne, le chlorhydrate d'eucaïne joint l'avantage d'une moindre toxicité; en outre, le sel est plus stable et les solutions peuvent être stérilisées par l'ébullition. Alors que 6 centigrammes de cocaïne suffisent à tuer en trois quarts d'heure un cobaye, nous avons constaté que 8 centigrammes d'eucaïne n'amenaient qu'en une heure et demie la mort d'un cobaye de même poids.

Cependant, l'eucaïne a l'inconvénient d'être plus douloureuse à l'injection et d'exercer une action hyperémiante.

Depuis lors, j'ai toujours utilisé, avant la stovaïne, l'eucaïne pour toutes les opérations de la petite chirurgie; la solution dont je me servais était au centième et, pour la technique, je me suis conformé aux règles magistralement précisées par le prof. Reclus. La moindre toxicité permet d'utiliser de plus larges doses et d'obtenir une action analgésique plus énergique.

De l'aspiration par la trompe à eau. Ses applications à la chirurgie opératoire.

(*Presse médicale*, 1908, n° 26, p. 201.)

Il y a longtemps que l'aspiration est au service de la chirurgie; elle est une des forces les plus utiles dont nous disposons, et l'invention des aspirateurs de Potain et de Dieulafoy constitua un des progrès les plus importants de la fin du siècle dernier.

Depuis quelques années, les chirurgiens et les spécialistes ont étendu sensiblement les applications de cette force qu'est le vide; et ils ont modifié les appareils pour les adapter à de nouvelles fonctions.

Frappé moi-même des avantages que présente une aspiration forte et continue pour un grand nombre d'opérations, j'ai, depuis dix-huit mois, organisé dans mon service un dispositif qui me permet d'utiliser ses bénéfices; et je montre ici les services que l'aspiration ainsi conçue peut rendre tous les jours à la chirurgie opératoire.

Forte et continue, l'aspiration doit être à la fois l'une et l'autre pour être efficace et répondre aux applications qu'on lui impose. Pour l'appliquer je préfère la trompe à eau : c'est l'appareil le plus simple, il m'a paru le meilleur. Il se trouve partout, car, dans toute salle d'opération, il y a un robinet et un vidoir.

A ce robinet est fixée la trompe : de celle-ci part un tube, plus ou moins long, de caoutchouc souple, mais incompressible, qui aboutit à un réservoir collecteur mobile et muni de deux tubulures (fig. 42 et 43).

La résistance du tube est une condition nécessaire pour éviter l'aplatissement du conduit par la pression atmosphérique : sa souplesse n'est pas moins nécessaire, puisqu'elle permet de transporter le collecteur en divers points de la pièce. Ce dispositif comprend la partie non chirurgicale de l'appareil, la partie qui, n'ayant aucun contact avec la peau, n'a pas besoin d'être stérilisée.

Le reste de l'appareil est constitué par une série de canules ou de trocarts sans perforation latérale, de plusieurs modèles, droits ou courbes (fig. 43).

Pour l'*hémostase*, l'aspiration ne m'a pas séduit : je l'ai essayée après d'autres

et j'ai dû y renoncer; elle est très inférieure à la compresse aseptique et sèche.

L'aspiration hémostatique cependant peut être d'un grand secours pour les cavités dans lesquelles on opère et dont l'hémostase est parfois difficile avec la compresse ou les tampons.

Ainsi en est-il, par exemple, pour la vessie, où le sang répandu par l'ablation d'une tumeur masque rapidement le champ opératoire, l'obscurcit et fait obstacle à la précision et à la simplicité des manœuvres. En disposant dans le fond de la vessie l'extrémité d'une canule mousse aspiratrice, je cueille les coagulations sanguines au fur et à mesure qu'elles viennent s'y reposer et je ne suis pas obligé d'éponger avec peine à travers un orifice toujours étroit.

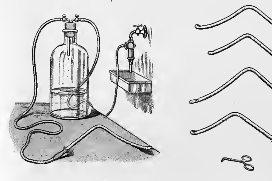


Fig. 42. — *L'appareil monté.*

Fig. 43. — *Divers types de canule.*

Dans la cavité bucco-pharyngée, le sang s'épanche facilement au cours des opérations sur les maxillaires supérieur et inférieur. La situation de Rose permet sans doute de soulager le malade et d'éviter l'entrée du sang dans la trachée. Mais, à de certains moments, la quantité de sang est assez considérable pour déborder l'espace déclive dans lequel on voudrait qu'il se limite, et il faut ou l'éponger ou le voir pénétrer dans la trachée Avec l'aspiration continue, cet inconvénient n'existe pas : dès le début de l'opération, la canule angulaire est placée dans la cavité du pharynx et maintenue en place par le chloroformisateur ou un autre aide dans un des angles de la bouche. Le sang s'y précipite au fur et à mesure de son arrivée dans le nasopharynx, il est possible de faire des ablations du

maxillaire supérieur sans être obligé d'éponger une seule fois la cavité naso-pharyngienne.

Mais c'est surtout à *l'évacuation des collections liquides* que l'hémostase est utile. Dans les collections *aseptiques*, comme l'est un kyste de l'ovaire, elle réalise plus vite ce que fait le gros trocart : elle vide en quelques minutes un gros kyste et évite ou l'inondation du champ opératoire qui peut résulter de la déchirure et de l'ouverture inopinée du kyste, ou la perte de temps qui résulte de l'évacuation lente avec le trocart seul.

Pour les collections *septiques*, l'aspiration est plus nécessaire encore, car, là, elle protège le malade et le milieu contre les inconvénients d'un contact impur.

Pour la plèvre, pour les pyonéphroses, pour les collections de la vésicule biliaire distendue, pour les collections appendiculaires, elle permet de faire instantanément l'évacuation du liquide et sans que le liquide en se répandant au dehors puisse contaminer la plaie ou la salle d'opération.

II

MEMBRES

Synovite tuberculeuse à forme végétante et hyperplasique.

(*Presse médicale*, 1897, 24 juillet, n° 60, p. 37.).

Chaque jour s'accentue le démembrement des néoplasmes au bénéfice des infections. Le lipome arborescent des articulations avait été décrit par Müller comme une tumeur; des observations récentes et encore peu nombreuses de Schmolk, de Volkmann, de Kouzime ont établi la nature infectieuse de cette lésion.

A cette question discutée, j'ai fourni l'appoint d'une observation intéressante. Un jeune homme présentait une synovite chronique du genou; la synoviale était épaissie, l'articulation semblait remplie de corps étrangers.

Je pratique la synovectomie et je trouve une synoviale tapissée à sa face interne de ces productions lipomateuses qui constituaient nettement ce que Müller avait décrit comme lipome des articulations (fig. 44).

L'examen histologique révéla la nature tuberculeuse de la lésion; il s'agissait d'une synovite végétante d'origine bacillaire.

En outre, dans l'articulation, il y avait un corps étranger libre, flottant, mobile, qui présentait à l'examen histologique la structure type des arthrophytes. Dans ces cas, comme dans un cas similaire de Dor, les corps étranger venait de la synoviale : il était constitué par une frange synoviale enflammée et hyper-



Fig. 44. — *Lipome arborescent des articulations. (Synovite tuberculeuse).*

trophiée et qui s'était détachée de la paroi et était devenue libre. Le développement de ce corps étranger est donc en rapport avec l'inflammation spécifique de la synoviale, et ce fait laisse entrevoir que certains arthrophytes relèvent, au point de vue de leur pathogénie, de l'inflammation et de l'infection.

Des hernies musculaires.

(*IX*e *Congrès français de Chirurgie*, 1895, p. 699.)

Une hernie à début insidieux, une hernie ayant les caractères cliniques propres à cette affection et étant constituée anatomiquement par cet amincis-

sement extrême de l'aponévrose, recouvrant un faisceau musculaire sain, une hernie vraie par conséquent, peut être cependant la conséquence éloignée d'une rupture musculo-tendineuse ou musculaire.

J'ai observé un homme de 52 ans qui présentait à la partie supérieure et externe du biceps brachial une hernie musculaire. L'opération montra à son niveau un amincissement très accentué et circonscrit de l'aponévrose : au-dessous, le muscle était intact. Mais à quelques centimètres au-dessus, on trouvait sur le tendon de la longue portion du biceps un noyau cicatriciel, dont la dureté indiquait l'ancienneté. Vingt-cinq ans avant, le malade avait été mordu au bras droit par un cheval, qui l'avait soulevé de terre; à la suite avaient paru une ecchymose, du gonflement, de l'impotence fonctionnelle pendant quelques semaines : il y avait eu rupture musculo-tendineuse. Ce n'est que quelques semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital qu'avait paru la hernie. Celle-ci fut réparée par excision et suture de l'aponévrose et le résultat thérapeutique est resté très bon.

A ce propos, j'ai fait de nombreuses expériences sur la pathogénie des hernies musculaires et je suis arrivé à la conclusion suivante : la section sous-aponévrotique d'un tendon rend plus facile la production sur le même muscle mais à distance d'une hernie musculaire par perforation aponévrotique, ou rend celle-ci plus volumineuse lorsqu'elle est déjà produite.

Dans l'histoire des hernies, il y a donc une place à faire pour celles qui sont la conséquence éloignée d'une rupture.

Ostéosarcome du bassin avec oblitération complète de la veine cave inférieure d'origine néoplasique.

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1888, p. 551.)

Un malade mourait, dans le service de mon maître le Prof. Le Dentu, en 1888, d'un ostéosarcome du bassin. A l'autopsie, nous trouvions, avec le néoplasme, une oblitération totale de la veine cave inférieure .C'était une thrombose d'origine néoplasique, fait rare et exceptionnel : les veines iliaques avaient été envahies de dehors en dedans, et les bourgeons avaient végété dans l'intérieur de la veine en remontant vers le cœur.

Malgré l'étendue de cette oblitération veineuse, les troubles circulatoires n'avaient pas été très marqués pendant la vie ; le développement considérable des vaisseaux pariétaux de l'abdomen et des azygos avait établi une suppléance compensatrice.

Ce fait confirme la doctrine de la propagation du sarcome par les veines ; les lymphatiques étaient relativement peu atteints,

Des résections dans l'ostéomyélite des os longs.
(*Gazette des hôpitaux*, 1899, n° 143, p. 1301.)

La résection dans l'ostéomyélite a pour but de supprimer le foyer principal, le siège primitif de l'affection, et d'éviter pour l'avenir les suppurations qu'entraîne à sa suite la délimitation spontanée d'une nécrose. L'aspect séduisant sous lequel se présentent à première vue ces opérations, les résultats brillants qu'elles ont donnés, ne doivent pas faire oublier les graves conséquences auxquelles elles peuvent exposer, surtout dans leurs applications aux os longs des membres.

Dans ce travail, je m'attache à montrer les avantages et la supériorité d'une manière générale des trépanations, telles que les conseillait mon maître M. le Prof. Lannelongue. Après avoir rapporté quelques cas observés dans son service, où la résection ne fut pas suivie de régénération osseuse, je termine par les conclusions suivantes :

1° La résection hâtive est une opération d'exception : elle convient aux formes exceptionnellement graves de l'ostéomyélite. Elle sera diaphysaire dans les pandiaphysites avec décollement périostique total ou presque total ; elle sera épiphysaire dans les ostéomyélites compliquées d'arthrite purulente, où celle-ci est la conséquence de lésions primitives ou secondaires de l'épiphyse.

2° La résection précoce doit être une opération rare ; elle convient aux seuls cas que la trépanation ou l'évidement n'ont pu modifier heureusement, et dont la gravité persistante conduirait à l'amputation.

3° Enfin les résections tardives peuvent et doivent être d'application courante ; elles conviennent à toutes les nécroses, reliquats d'une ostéomyélite aiguë, subaiguë ou prolongée, et dont l'étendue doit retarder la délimitation spontanée.

Des sarcomes primitifs de la clavicule.
(*Archives internationales des Sciences médicales*, janvier 1896, n° 1.)

On n'a que rarement l'occasion de voir un sarcome de la clavicule et d'enlever cet os en totalité. Si dans les nécroses, si dans les ostéites tuberculeuses primitives ou secondaires, on enlève souvent une partie de la clavicule, l'ablation est en général sous-périostée et presque toujours partielle. La régénération, plus ou moins complète, qui suit l'opération ne permet pas de juger des résultats fonctionnels que donne la suppression totale et complète de la clavicule. J'ai eu, il y a déjà quelques années, l'occasion de pratiquer la résection totale de la clavicule sur une jeune fille de 22 ans, pour un sarcome.

A la suite de cette opération, le résultat fonctionnel fut surprenant : en moins de six semaines, tous les mouvements du bras et de l'épaule étaient revenus.

J'ai profité de cette observation intéressante pour rechercher et rassembler les cas semblables, pour les analyser et les comparer. Tel est l'objet de ce travail.

Dans une première partie, je présente une étude d'ensemble sur les sarcomes de la clavicule, et dans la seconde, j'étudie la résection de la clavicule au point de vue opératoire avec ses accidents, ses dangers et ses résultats fonctionnels.

Luxations récidivantes de l'épaule.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXI, 1905, p. 573.)

D'une observation que je rapporte et dans laquelle on voit la récidive se produire malgré une capsulorraphie faite avec des fils non résorbables, il ressort que l'ouverture de la capsule est un temps opératoire nécessaire : il permet de voir les lésions de la capsule et de voir en quoi consiste la luxation récidivante.

Il ressort ensuite l'inefficacité de la capsulorraphie quand il s'agit d'un décollement sous-capsulo-périosté.

Des indications thérapeutiques dans les luxations anciennes de l'épaule.

(*Semaine médicale*, 29 mai 1901, n° 23, p. 177.)

A propos d'un cas de luxation ancienne de l'épaule que j'eus à traiter à l'Hôtel-Dieu en 1901, j'étudie quelques points de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique de ces luxations.

Au point de vue *anatomique*, je distingue les lésions qui sont *la cause* de l'irréductibilité (interposition capsulaire, fracture, etc.) et les lésions qui sont la *conséquence* de l'irréductibilité (rétraction de l'orifice capsulaire, néarthrose, etc.).

Lorsque les mouvements ne sont plus suffisants, l'intervention est nécessaire et doit remplacer les anciennes méthodes de force.

Pour l'intervention, je préconise l'incision antéro-externe et la section de l'*arc acromio-claviculaire* suivant le procédé du Prof. Duplay. En outre, je montre les avantages, sur la malade qui fait l'objet de cette clinique, de la *section temporaire de l'apophyse coracoïde* pour dégager la tête humérale. Le résultat fut excellent.

Luxation double de l'astragale. Ablation de l'astragale. Guérison.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1899, p. 342.)

Pour les luxations complexes de l'astragale, je préconise l'ablation de l'os, comme la seule façon de rendre aux articulations du pied la mobilité qui leur manque. Aucune autre méthode ne peut donner un résultat aussi bon que celui que j'ai obtenu sur mon malade, et mes conclusions ont été confirmées par M. Reynier qui fit sur cette observation un rapport à la Société de Chirurgie : elles sont reproduites dans la thèse de mon élève Carbonell (Les indications de l'astragalectomie dans les luxations irréductibles de l'astragale. *Thèse de doctorat.* Paris, 1899).

Du cerclage de l'olécrâne.

(Decq, *Des fractures de l'olécrâne, leur traitement par le cerclage.* Thèse de Paris, 1902.)

En 1900, ayant à traiter une fracture de l'olécrâne par la suture à Saint-Louis, j'eus l'idée de pratiquer pour cette opération le cerclage qui donnait de si bons résultats à la rotule. Depuis lors, j'ai répété quelquefois cette opération sur le malade, et mon élève Decq a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de cette question sur laquelle M. le Prof. Berger venait de faire une intéressante communication à la Société de Chirurgie (18 décembre 1901).

Les radiographies de mes opérées, publiées dans cette thèse, montrent l'exactitude du résultat orthopédique, et la coaptation parfaite des fragments.

Le cerclage évite la saillie du fil métallique à l'intérieur de l'article ; il s'adapte à tous les cas et quel que soit le volume du fragment supérieur, et il se présente pour ces raisons comme le traitement de choix des fractures de l'olécrâne qui sont justiciables de l'intervention sanglante.

Appareil de marche pour fracture de cuisse.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 118.)

J'ai cherché avec mon interne, M. Bailleul, à remédier à cet inconvénient par lequel les appareils de marche pour fracture de cuisse ne sont pas des appareils de réduction

Pour cela, je commence d'abord par faire la réduction avec l'appareil de Til-

laux pendant dix à douze jours, puis, à ce moment, j'applique sur cette fracture déjà réduite, en situation horizontale, et avec la même extension que précédemment, un appareil de marche qui consolide la fracture dans la situation où il la prend.

Denx cas d'arthropathie tabétique tibio-tarso-métatarsienne.

En collaboration avec G. Deverre.

(*Bulletins de la Société anatomique*, LXXXIII[e] année, 6[e] série, t. IX, janvier 1908, n° 1, p. 13.)

Nous avons eu récemment l'occasion, à quelques semaines d'intervalle, d'examiner en détail les lésions anatomo-pathologiques de deux cas d'arthropathie tabétique du membre inférieur. Les déformations particulièrement curieuses que nous avons constatées, et le très petit nombre d'observations publiées dans la littérature, avec quelques détails sur les lésions anatomiques, des arthropathies du tabes, nous ont engagé à publier ces deux observations en y joignant le résultat de nos recherches bibliographiques.

Nous trouvons dans l'une et dans l'autre de ces observations des lésions extrêmement typiques d'ostéite parfois condensante (ostéophytes, saillies anormales, petites exostoses), mais surtout raréfiante, ici creusant les os, là les détruisant totalement. L'épaississement du périoste et l'hyperplasie fibreuse qui noient les os en partie et les rendent souvent méconnaissables achèvent de caractériser macroscopiquement ces déformations singulières de l'arthropathie tabétique dont les détails échappent absolument à l'analyse et ne peuvent être résumés.

Cerclage du calcanéum.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIV, 1908, p. 27.)

Dans un cas type de cette fracture rare du calcanéum, dite de Boyer, fracture par arrachement de la tubérosité postérieure, j'ai pratiqué le cerclage. C'est la première fois que cette excellente méthode de ligature osseuse fut utilisée pour ce genre de fracture. Par sa simplicité, par sa facilité, elle se recommande en pareil cas, et ici le résultat en effet fut merveilleux. Le calcanéum a repris sa forme normale, et le résultat fut excellent au double point de vue de la forme et de la fonction ainsi qu'il est facile de le voir sur les figures ci-jointes faites d'après deux radiographies (fig. 45 et 46).



Fig. 45. — *Fracture par arrachement du calcanéum* (d'après la radiographie).



Fig. 46. — *La même après cerclage* (toujours d'après la radiographie).

Rupture traumatique sous-cutanée des artères de la jambe.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIII, 1907, p. 736.)

C'est l'histoire d'un malade guéri par l'amputation d'une lésion rare : en même temps qu'une fracture du cou-de-pied, ce malade présenta une rupture totale de la tibiale antérieure, une rupture partielle et une thrombose de la tibiale postérieure. Ces lésions étaient tout à fait indépendantes de la fracture, et dues à un effort considérable qui a amené l'élongation et l'arrachement de l'artère ainsi que la rupture de l'articulation.

Bien que l'individu fût jeune, les tuniques artérielles n'étaient pas tout à fait normales, et il n'est même pas impossible que les lésions aient remonté plus haut sur la jambe, où il y eut un sphacèle partiel du lambeau.



FIG. 47. — *Atrophie calcaire des os de la main située à droite.*

Sur un cas d'atrophie osseuse calcaire consécutive à une névrite limitée d'origine traumatique.

En collaboration avec CLAUDE et VILLARET.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIV, 1908, p. 1228. *L'Encéphale*, 10 janvier 1909, p. 52.)

Il s'agit d'un trouble trophique consécutif à un traumatisme du carpe.

Le malade guéri aujourd'hui de ce dernier, présente une décalcification de tous les os de la main correspondante : ceci est très net sur la radiographie. Toutes les épiphyses et une partie des diaphyses sont transparentes et font un contraste avec les os de la main gauche saine, où elles présentent l'opacité normale. Par elle-même, cette lésion ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel particulier, et n'était la radiographie, on ne pourrait la soupçonner (fig. 47).

Au point de vue des responsabilités, il y a là cependant un élément qui ne peut être laissé de côté, car la résistance en est singulièrement diminuée.

Cette décalcification s'est produite sous l'influence d'une névrite très légère et dont un examen très complet nous démontre l'existence

Luxation tarso-métatarsienne et du métatarse.

En collaboration avec mon interne M. Houzel.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 1316.)

Ceci n'est qu'une présentation de malade : mais la lésion est tout à fait rare.

Il s'agit d'une luxation du métatarse dans l'avant-tarse avec en outre ce diastasis du premier espace intermétatarsien que le Prof. Quénu a montré lésion constante dans ces traumatismes.

Il y a en outre une luxation directe de l'articulation médio-tarsienne de Chopart : cette luxation n'est qu'incomplète mais incontestable.

Cette observation rapprochée de quelques autres a fait le fond de la thèse de mon interne M. Houzel.

Plaie de la sous-clavière et du plexus brachial.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXVIII, 1902, p. 400.)

A l'histoire des plaies du cou et de la région sus-claviculaire, j'apporte la contribution d'un fait rare, d'une blessure de la sous-clavière et du plexus brachial par coup de couteau, suivie d'intervention et de guérison.

En dissociant pour l'étude les deux faits qui composent cette observation, j'expose l'histoire des blessures de la sous-clavière : je montre que l'intervention est toujours nécessaire, et qu'elle doit être aussi hâtive que possible.

Dans mon observation personnelle, bien que la ligature ait été pratiquée en dedans des scalènes, avant toutes les collatérales, il n'y eut aucun trouble circulatoire, ce qui montre combien l'asepsie a modifié le pronostic des interventions sur les gros vaisseaux.

En ce qui concerne les plaies du plexus brachial, mon observation était

la quatrième suivie d'intervention; elle est d'autant plus importante que l'action devait se limiter aux paires inférieures, les plus rarement atteintes et certes les plus difficiles à aborder. J'ai fait la libération des trois dernières paires, je n'ai pas fait de résection et le résultat a été ce qu'il aurait été après une intervention semblable sur un nerf quelconque, il a été médiocre.

A l'incision unique ou oblique, je préfère une double incision, dont l'une oblique, suit le bord postérieur du sterno-mastoïdien, l'autre horizontale suit la clavicule de dedans en dehors et va presque à la coracoïde. Le lambeau triangulaire ainsi limité est relevé et laisse un jour minime sur un foyer où il est nécessaire de voir et de ne pas agir à l'aveugle. L'opérateur se place du côté *de la tête*, détail très important, qui permet au regard de plonger derrière la clavicule et d'y suivre les organes recherchés.

A propos de la désobstruction des artères thrombosées.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVII, 1911, p. 1101.)

A propos d'un fait de Proust rapporté par Lejars, je cite un fait dans lequel je me suis efforcé d'obtenir la désobstruction d'une artère oblitérée. Au cours d'une amputation pour gangrène sénile, j'introduis dans la fémorale oblitérée et jusqu'à l'iliaque externe une sonde urétérale, et par des injections de sérum je parvins à désobstruer cette artère. Quelques jours plus tard, à l'autopsie, l'artère était de nouveau oblitérée : les lésions artérielles priment tout dans cette question, et ces désobstructions sont à réserver aux artères qui sont le siège d'une embolie.

Tumeur de la clavicule d'origine thyroïdienne.

Rapport sur une observation de M. Guibé.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 117.)

Pied plat valgus tuberculeux.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 469.)

A la thèse de M. Poncet sur les tuberculoses inflammatoires, j'apporte l'observation d'un pied plat valgus, d'une tarsalgie des adolescents que j'ai pu vérifier tuberculeuse par l'inoculation, alors que rien ne permettait dans les caractères anatomiques des os enlevés, de soupçonner la tuberculose. Ce sont peut-être des faits de ce genre qui forment le gros des faits de M. Poncet, et montrent, comme il est d'ailleurs bien connu, que dans la tarsalgie se trouvent des ostéo-arthrites au début.

III

CHIRURGIE ABDOMINALE

Nouveau procédé d'hépatopexie.

(Chevallier, *Technique de l'hépatopexie. Procédé de Legueu.*
Paris, Carré et Naud, 1898.)

Les différents procédés jusqu'alors utilisés pour la fixation du foie mobile ne me semblaient pas capables d'assurer une solidité suffisante. La plupart des auteurs, en effet, passent les fils superficiellement dans le parenchyme hépatique; la prise est minime, on est obligé de multiplier le nombre de ces fils.

J'ai pensé obtenir un meilleur résultat en passant dans toute l'épaisseur du foie, du haut en bas, de la face supérieure à la face inférieure, un fil unique mais

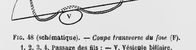


Fig. 48 (schématique). — *Coupe transverse du foie* (F).
1, 2, 3, 4, Passage des fils ; — V, Vésicule biliaire.

double, et qui après avoir traversé de droite à gauche la face inférieure du foie, va ressortir à gauche sur la face supérieure. Pour que la vésicule biliaire ne soit pas comprise dans cette anse, je la contourne en faisant passer le fil au-dessus d'elle dans l'épaisseur même du parenchyme hépatique (fig. 48).

Ainsi disposé, le fil soulève à la manière d'un échelon le foie tout entier; les deux chefs de droite sont passés à travers les derniers espaces intercostaux et noués entre eux : les deux chefs de gauche sont passés aussi haut que possible dans la paroi abdominale, sous la peau bien entendu, et le foie est ainsi solidement maintenu.

J'ai mis deux fois ce procédé en pratique : les observations sont publiées tout au long dans la thèse de mon élève Chevallier, et chez les deux malades la fixation du foie est encore aujourd'hui d'une solidité parfaite ; l'opération remonte à plusieurs années.

Deux cas d'hépatectomie pour syphilis.

(*XIVe Congrès de Chirurgie*. Paris, 1901, p. 607.)

J'ai eu l'occasion d'enlever avec succès deux grosses tumeurs du foie de nature probalement syphilitique : dans un cas d'ailleurs, l'examen histologique a confirmé mes suppositions.

L'intérêt de ces opérations, qui furent toutes les deux suivies de succès, réside surtout dans la largeur de l'exérèse hépatique que j'ai dû faire, et dans le procédé d'hémostase auquel j'ai eu recours.

J'ai dû, à l'improviste, le composer extemporanément lorsqu'au cours d'une laparotomie je me suis trouvé en présence d'une lobe hépatique à enlever : il consiste exclusivement à solidariser entre eux tous les fils en U qui sont placés autour de la tranche hépatique à sectionner.

Ces faits de syphilis méconnue ne sont pas très rares, et mon élève Steiner en a rassemblé un certain nombre dans sa thèse (Tumeurs du foie opérées n'ayant été reconnues syphilitiques qu'après l'intervention. *Thèse de doctorat.* Paris, 1902).

Chirurgie des voies biliaires.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXIX, 1903, p. 672.)

Au cours d'une discussion sur la lithiase du cholédoque, j'ai apporté une observation de pancréatite chronique avec ictère complet par rétention, simulant un calcul. Au cours de l'opération, constatant une tumeur de la tête du pancréas, je pensai à un cancer. L'évolution ultérieure de la maladie, la guérison complète de la malade, guérison vérifiée à plusieurs années de distance, me montra qu'il ne s'agissait que d'une pancréatite.

En ce qui concerne la suture du cholédoque, j'ai montré que dans les cas où cette suture se présentait comme assez facile, ce qui est assez rare, il n'y a aucune raison pour ne pas la faire, et il y a même de bonnes raisons pour la tenter. J'ai guéri ainsi en neuf jours, par la cholédochotomie avec suture, une fistule biliaire qui datait de plusieurs années et était entretenue par la permanence d'un calcul

dans le cholédoque. Je ne crois pas que, sans la suture, j'aurais eu un succès aussi rapide.

Les indications de la suture sont, à mon avis, l'accès facile, la perméabilité certaine du cholédoque ; le drainage vésiculaire est une condition nécessaire.

De l'entorse du foie.

(*XXe Congrès français de Chirurgie.* Paris, 1909.
Comptes rendus, Mémoires et Discussions, p. 1040.)

Je décris sous ce terme une lésion rare qui me permet d'apporter à l'histoire des ruptures du foie un chapitre nouveau. J'appelle entorse du foie la *rupture des ligaments de cet organe*, de même que l'entorse articulaire est constituée par la rupture des moyens d'union.

Sur un malade, qui avait fait une chute d'une certaine hauteur et qui présenta pendant quelques jours des phénomènes de contusion abdominale à forme lente, je trouvai à l'opération le ligament suspenseur déchiré, flottant, complètement détaché au niveau de son insertion hépatique. Dans sa déchirure le ligament avait même arraché une partie du parenchyme hépatique : il y avait donc entorse et décapsulation du foie, *entorse avec arrachement.*

Cette observation est unique : je n'ai rien trouvé de pareil dans l'histoire des traumatismes du foie. La résistance considérable des ligaments du foie explique que cette lésion soit exceptionnelle ; il faut des forces considérables pour les rompre ; les expériences de Faure et celles que j'ai refaites plus récemment à propos de ce fait me l'ont bien montré.

Au point de vue clinique, on comprend alors l'insidiosité avec laquelle ont évolué chez ce malade tous les symptômes de la contusion abdominale ; ce n'est pas comparable en effet à une contusion du foie, où l'hémorragie très abondante donne lieu de suite à des symptômes très graves. Aussi bien ai-je hésité tout d'abord à faire le diagnostic de contusion du foie, et ce n'est que plus tard, en présence de l'épanchement, que j'ai dû intervenir.

Au point de vue opératoire, il n'y avait ici qu'une chose à faire : évacuer l'épanchement considérable qui conduisait à la péritonite.

Peut-être pourrait-on se demander s'il n'y a pas utilité à assurer la reconstitution des ligaments brisés ou du moins leur continuité avec le foie, s'il ne faudrait pas essayer la péritonisation de l'organe. Autant que j'ai pu en juger, il me paraît très difficile de pratiquer cette péritonisation avec les lambeaux déchirés du ligament. Mais il serait plus facile de l'obtenir en appliquant le foie à la face inférieure du diaphragme par une hépatopexie très solide.

Plaies du foie.

(*XIXe Congrès de Chirurgie*. Paris, 1906, p. 159.
Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, t. XXIX, 1903, p. 1063.)

Dans les plaies de l'abdomen, la laparotomie est nécessaire; elle ne l'est pas moins quand le foie est lésé. Je rapporte dans cette communication quatre observations avec trois guérisons qui viennent montrer que dans les plaies du foie, le succès appartient surtout aux laparotomies *précoces*, pratiquées de bonne heure : dans le plus grand nombre des cas, il suffira de mettre un tamponnement pour guérir le malade plutôt que de recourir à des sutures qui sont toujours compliquées.

Des kystes hydatiques multiples du foie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 1297.)

Au cours d'une discussion sur le traitement des kystes hydatiques du foie, j'ai apporté la contribution de ma statistique personnelle.

Laissant de côté cinq cas de marsupialisation qui sont sans intérêt, je citais surtout les sept cas dans lesquels j'ai pu appliquer la méthode du Prof. Delbet, la réduction sans drainage après formolage.

Sur ces sept cas, je compte un insuccès et une récidive.

En ce qui concerne la multiplicité des kystes, je l'ai observé trois fois sur douze; ce qui constitue une proportion très considérable. Aussi doit-on toujours s'en préoccuper et chercher les poches secondaires.

A ce propos, je distingue les poches *contiguës* et les poches *éloignées*.

Les premières sont facilement reconnues et ouvertes au cours de l'opération, lors des manœuvres de l'évacuation de la première tumeur.

Les secondes sont au contraire plus difficiles à reconnaître et l'impossibilité où l'on est de connaître à l'avance leur situation expose à les aborder quand on les reconnaît extemporanément au cours de l'opération par un point de leur surface où ils sont relativement trop profonds; leur incision devient une occasion d'hémorragie, comme dans un fait que je rapporte. Rencontrant une deuxième poche au cours d'une laparotomie antérieure pour kyste, j'ouvre de ce côté cette seconde tumeur. Mais je suis obligé d'inciser une grande épaisseur de tissu hépatique, et le malade meurt d'hémorragie dans la poche.

Or, à l'autopsie, on reconnaissait que la poche était très superficielle en arrière, et que, abordée de ce côté, elle n'eût pas provoqué le saignement d'où la mort était résultée.

Plaie grave de la rate par coup de couteau, guérie par la splénectomie.

Rapport sur une observation de M. Barnsby, de Tours.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 1084.)

A propos d'une observation de Barnsby, j'étudie les plaies de la rate par coup de feu et plus spécialement leur thérapeutique. Le tamponnement est peu efficace et d'ailleurs difficile; la suture est rarement possible. La splénectomie reste ainsi la méthode de choix; pour la pratiquer, l'incision transversale dans la plaie est celle qui me paraît donner le plus de jour.

Hématémèse traumatique. Laparotomie. Guérison.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 1082.)

Un homme de 24 ans reçoit à 3 heures du matin, un violent coup de tête dans l'estomac; il continue son chemin et commence son travail. Cependant une heure après, il a un vomissement de sang, puis un autre à midi, puis d'autres dans la journée. Transporté dans mon service pendant la nuit, je le vois le lendemain; il a eu depuis la veille quatorze hématémèses, il est très affaibli, presque syncopal.

Je diagnostique une contusion de la muqueuse stomacale et pratique d'urgence la laparotomie.

L'estomac, intact dans ses tuniques extérieures, est ouvert; et à quelque distance de mon incision, en retournant sa muqueuse en dehors, je vois une déchirure de la muqueuse, faite comme avec les ciseaux; un vaisseau sanguin a sa tranche béante.

Je lie le vaisseau; je suture la déchirure de la muqueuse, ferme l'estomac et la paroi.

Et le malade guérit sans incident.

C'est un exemple peut-être unique, car je n'en ai pas trouvé de semblable, de contusion interne et partielle de l'estomac.

Fonctionnement de la bouche stomacale après la gastro-entérostomie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIV, 1908, p. 157.)

A la suite de la gastro-entérostomie, lorsque le pylore est perméable, on admet en général que la bouche stomacale ne sert à rien et que, au bout d'un certain temps, les aliments repassent par le pylore.

Je relate ici une observation personnelle qui démontre le contraire. Un malade chez lequel j'avais constaté l'intégrité du pylore, ayant retiré de la gastro-entérostomie un très bon résultat, je l'examinai à la radiographie et au bismuth avec MM. Leven et Barret, et je constatai que les aliments passaient directement de l'œsophage dans l'intestin.

De l'appendicite.

(*L'œuvre médico-chirurgical.* Paris, Masson, 1897. — *Ibid.* Paris, Masson, 1898. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris,* t. XXVIII, 1902, p. 946.)

Par une série de travaux, j'ai pris part au grand mouvement chirurgical qui s'est réalisé autour de l'appendicite.

Après avoir par des recherches anatomiques défini toutes les variétés de situation de l'appendice (voir plus loin), j'ai résumé, en 1897, dans une monographie, toute l'histoire actuelle de l'appendicite. C'était une mise au point de la question, dans laquelle je défendais le traitement opératoire aussi immédiat que possible. Cette monographie ayant été rapidement épuisée, j'ai dû refaire dans la même collection une nouvelle monographie sur le traitement seulement de l'appendicite, j'y défendais la même conduite; et, adepte des idées et des doctrines du Prof. Dieulafoy, je défendais encore le principe de l'opération hâtive.

Pour contribuer à l'étude des formes toujours si multiples, si bizarres et si variées de cette maladie, j'ai rapporté un cas exceptionnel d'appendicite pelvienne (Société anatomique, 1892, p. 69).

Des hématuries répétées et des urines purulentes, la sensation d'une tumeur volumineuse au-dessus et en arrière de la vessie avaient fait porter, chez une femme, le diagnostic de néoplasme vésical inopérable. A l'autopsie, on trouva une collection de pus et de sang enkystée par des adhérences anciennes en avant de l'utérus, en arrière de la vessie. Dans le sommet de la poche se trouvait l'appendice enveloppé dans des adhérences scléreuses : il s'agissait d'une vieille appendicite pelvienne ouverte dans la vessie.

Enfin, en 1902, j'eus l'occasion de soulever à la Société de Chirurgie une des discussions les plus importantes qui se soient élevées sur cette question au sein de cette Société.

Je venais d'observer un enfant qui refroidissait tranquillement une appendicite lorsque, brusquement, il fut pris un jour d'accidents graves qui entraînèrent la mort avant qu'on eût le temps d'intervenir. A l'autopsie, on trouvait une péritonite généralisée causé par la rupture d'un abcès latent développé lui-même autour de l'appendice.

Ce cas mettait donc nettement en cause la temporisation et une temporisation bien faite.

Les partisans de l'expectation relevèrent aussitôt le défi, et un grand débat s'engagea pendant près de cinq mois sur le traitement de l'appendicite. Le 18 février 1903, je pouvais résumer la discussion, et quelles que fussent pour moi les difficultés qu'il y eut à concilier des opinions complètement opposées, il résultait de tout cet ensemble ceci : d'une part, c'était pour nous, dans un grand nombre de cas, l'impossibilité de « distinguer les appendicites qui veulent bien se laisser refroidir de celles qui vont tuer sans merci », et aussi les difficultés d'une temporisation et la nécessité, pour la bien faire, d'une surveillance minutieuse et de tous les instants.

Depuis lors, la connaissance plus parfaite de l'appendicite a permis de mieux distinguer les formes graves, et les divergences d'opinion et de pratique sont devenues moins profondes. Mais mes conclusions en ce qui concerne l'expectation sont toujours vraies : elle doit être très minutieuse, très efficace sous peine d'être très dangereuse, et j'ai vu depuis lors deux malades qui sont morts dans mon service sous une temporisation imparfaitement surveillée.

Enfin, dans la thèse de mon élève Bordesoule (*Thèse de doctorat*, Paris, 1905. *Sur la phlébite après l'appendicectomie à froid*), j'ai montré que la phlébite était plus fréquente après l'appendicectomie qu'après beaucoup d'autres opérations chirurgicales, et rapporté quelques observations à l'appui.

Appendicites à forme néoplasique.

En collaboration avec le Dr Beaussenat.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, n° 2, p. 301.)

Nous décrivons ici une forme clinique nouvelle de l'appendicite, la forme néoplasique. La maladie affecte, en effet, les allures d'un néoplasme, soit qu'une tumeur dure, peu douloureuse, envahisse la région appendiculaire, soit qu'avec une réaction locale faible, des signes de cachexie se manifestent sur l'appareil digestif (perte de l'appétit), sur la peau (teint jaune paille). Nos malades furent, les uns considérés comme atteints de sarcome de l'abdomen, les autres comme atteints de cancer de l'estomac. Et, dans tous les cas, les symptômes observés avaient leur raison d'être dans un foyer infectieux appendiculaire

Nous avons insisté sur la fièvre qui ne manque que très rarement dans ces cas et qui nous a permis plusieurs fois, en dehors de tout examen du sang, de faire un diagnostic que l'opération a heureusement confirmé.

Étranglement de l'appendice dans une hernie crurale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 1036.)

Je rapporte ici un cas d'étranglement de l'appendice dans une hernie crurale; l'étranglement ne donna lieu à aucun accident, bien qu'il fût assez serré. Il n'y eut ni fièvre, ni vomissement, et ce fait démontre que l'appendice étranglé dans une hernie ne provoque pas les accidents que donne son inflammation et qu'il y a, par conséquent, une différence entre l'étranglement de l'appendice et l'appendicite herniaire.

Appendicectomie lombaire.

(*Presse médicale*, 1908, n° 43.)

Lorsque, au cours d'une laparotomie, le hasard d'une intervention sur les annexes conduit au voisinage de l'appendice, il est de règle générale actuellement d'en pratiquer l'ablation. Parfois l'appendice est déjà malade ou même adhérent aux annexes; serait-il intact d'ailleurs et parfaitement sain, ce serait encore une mesure de sagesse que de débarrasser le malade d'un organe qui sait devenir si dangereux à l'occasion pourvu toutefois que son ablation n'ajoute rien à la gravité de l'acte opératoire principal.

Lorsque l'intervention est faite par voie lombaire, les mêmes raisons doivent dicter la même conduite. De ce côté, bien qu'on agisse au dehors du péritoine, on est tout près de l'appendice; pour l'enlever, il est très peu de chose à modifier à l'acte opératoire principal, et c'est ainsi qu'est née *l'appendicectomie lombaire*, dont je veux ici montrer l'utilité, les indications et la technique.

Cette opération est pour moi, à l'exemple d'Edebohls, devenue le complément nécessaire de la néphrorraphie; et ce complément devient d'autant plus légitime que les deux affections, rein mobile et appendicite, coïncident très souvent et qu'il est très difficile de les distinguer quand elles ne sont pas simultanées.

Les deux interventions ainsi combinées sont extrêmement simples, mais à une condition : que l'appendice soit libre, sans aucune adhérence, je dirais même sans reste d'adhérences.

Pour être bénigne, l'opération doit être facile, et le seul appendice qu'on puisse enlever par cette voie est celui qui est libre, sain ou atteint seulement d'inflammation chronique, et si, chez une femme atteinte de rein mobile, je constatais dans la fosse iliaque les restes d'une appendicite avec adhérences, je

croirais infiniment plus simple de pratiquer en deux temps l'opération que de courir le risque de chercher difficilement par la voie indirecte lombaire un appendice un tant soit peu adhérent.

Cette contre-indication me paraît formelle : au contraire, dans la limite des indications que je pose et que j'utilise, l'appendicectomie lombaire reste un complément opératoire sans gravité.

L'opération est ainsi conduite :

Le flanc soulevé par le coussin, est incisé : la graisse périrénale apparaît, le rein lui-même se laisse deviner.

Dans l'angle antérieur et supérieur de la plaie, par conséquent au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, en dehors du côlon, qu'on ne devine guère, mais qui doit nécessairement être retombé un peu vers la ligne médiane, je saisis avec la pince la face postérieure du péritoine; sur ce pli, je fais une section au ciseau : la brèche s'entr'ouvre, le péritoine est ouvert.

Avec une longue pince, je vais le long du côlon descendant, saisir, sous le contrôle de la vue, qui s'oriente un peu, les premiers segments du côlon ou du cæcum; celui-ci, saisi dans la pince, se retourne, et, en se relevant vers la plaie, ramène avec lui l'appendice, que vous extériorisez. L'extraction est toute instrumentale, sans manipulation, sans tâtonnement.

A partir de ce moment, l'ablation de l'appendice s'effectue comme elle le serait d'un autre côté. L'appendice est lié, cautérisé; son moignon est enfoui; et le cæcum, livré à lui-même, attire sans violence son moignon contusionné vers les régions iliaques. La brèche péritonéale est suturée au catgut et, le temps appendiculaire de l'opération étant terminé, il est possible de pratiquer la néphropexie, comme si celle-ci était le premier et le seul temps de l'acte opératoire.

Je n'ai jamais vu aucune complication sérieuse à la suite de cette opération.

A propos de l'appendicite traumatique.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIII, 1907, p. 344.)

L'appendicite traumatique existe-t-elle?

Une enfant de 10 ans reçut d'un de ses camarades un coup de pied dans le ventre. Le lendemain vendredi, elle commence à souffrir, et je l'opérais le lundi suivant d'une appendicite suppurée, sans aucune trace de contusions superficielle. L'enfant guérit.

A part la notion du traumatisme, cette observation est celle d'une appendicite vulgaire, quelconque.

Dans une discussion où l'appendicite traumatique était en cause, j'ai cité

ce cas pour montrer qu'il n'y avait là qu'une coïncidence, que rien ne permettait de conclure à l'influence du traumatisme et qu'en fait, pour moi, l'appendicite traumatique n'existe pas.

Les crisss douloureuses qui survivent à l'appendicectomie.
(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1910, n° 44, p. 709.)

Quand, à la suite de l'appendicectomie, des crises à peu près semblables à celles qui ont précédé l'opération se produisent, à quoi faut-il penser? Tel est le problème de clinique que je cherche à résoudre dans cette leçon à l'aide de plusieurs observations très précises.

Il faut songer d'abord à *l'opération elle-même :* on a pu en effet ne pas enlever l'appendice ou l'enlever incomplètement, et je rapporte une appendicite produite par le moignon d'un appendice imparfaitement enlevé.

Il faut ensuite penser *à une erreur de diagnostic :* on a pris pour une appendicite une cholécystite, un rein mobile, une salpingite.

Il faut enfin incriminer le *résultat thérapeutique :* une simple bride épiploïque peut couder l'intestin et provoquer des crises aiguës fébriles dont je rapporte une observation personnelle.

Diagnostic entre la grossesse extra-utérine rompue et l'appendicite.
(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXVI, 1902, p. 923.)

De nombreuses erreurs ont entraîné la confusion entre l'appendicite et la grossesse extra-utérine : je rapporte quelques-unes de ces erreurs, toujours instructives et je souligne les points sur lesquels doit s'établir le diagnostic : c'est dans l'hématocèle, l'absence de la contracture localisée; c'est aussi le facies pâle de la malade; ce sont surtout les syncopes, qui doivent toujours faire penser à une hémorragie interne.

Tuberculoses hypertrophiques du cæcum.
(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXI, p. 610.
La Clinique, 1909, n° 29, p. 456.)

J'ai opéré un certain nombre de tuberculoses hypertrophiques du cæcum, avec des résultats excellents, et le Prof. Dieulafoy rapportait dans ses Cliniques de l'Hôtel-Dieu (1901-1902, p. 286) l'observation d'une malade de son service

opérée par moi en 1901, dans un état très grave, et dont l'état s'était heureusement modifié à la suite de l'opération. Elle est toujours actuellement florissante de santé.

Dans ces travaux, je rapporte trois nouvelles observations que j'oppose les unes aux autres et à l'aide desquelles je précise trois points :

Le premier, c'est que, contrairement à cette doctrine classique que l'appendice est toujours indemne au cours de la tuberculose hypertrophique du cæcum, il est des cas où l'appendice participe lui-même à l'hypertrophie tuberculeuse : à côté de la tuberculose du cæcum, il y a place pour la *tuberculose hypertrophiante de l'appendice* qui, dans mon observation, semble avoir précédé celle du cæcum, et a entraîné même des lésions d'infection péritonéale qui ont conduit à l'opération.

Le deuxième a trait à l'anatomie pathologique de ces lésions : j'établis ici, à l'aide de mes observations personnelles, que l'hypertrophie graisseuse qui donne à cette lésion sa caractéristique siège tantôt dans la sous-muqueuse et tantôt dans le tissu sous-péritonéal, alors même que la forme extérieure macroscopique reste la même.

En troisième lieu enfin, j'oppose à la tuberculose hypertrophique du cæcum une autre forme dans laquelle l'intestin est lui même atrophié, mais la masse d'hypertrophie est formée par des ganglions : c'est la *forme ganglionnaire.*

Tuberculose iléo-cæcale. Opération en deux temps.

Rapport sur une observation de Coville (d'Orléans).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 1251.)

A propos d'un rapport sur une observation du Dr Coville, je signale l'importance des suppurations chaudes péricæcales au cours de la tuberculose du cæcum. Elles sont de nature, si elles sont méconnues, à aggraver considérablement le pronostic, et elles imposent, quand elles sont reconnues, la nécessité d'intervenir en plusieurs temps.

Perforations multiples de l'intestin.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXVIII, 1902, p. 53.)

Observation d'un malade qui s'était tiré un coup de revolver dans le ventre : il présentait cinq perforations intestinales et trois perforations mésentériques, que je suturai : guérison.

Perforation de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde.

Rapport de Lejars.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXVI, 1900, p. 1156.
Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXXIII, 1907, p. 346.)

Je rapporte ici quatre observations de laparotomie pour perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. Dans les conditions extrêmement graves où se présentent ces malades, j'ai eu la satisfaction de pouvoir sauver un de ces quatre malades dans le service du Prof. Chantemesse.

Dans tous ces cas, le diagnostic fut fait par la douleur, la baisse de la température, l'amélioration du pouls et l'altération du facies. Dans tous ces cas, l'opération a confirmé le diagnostic.

J'ai toujours eu beaucoup de peine à faire la suture : l'intestin est épais, friable, il se déchire sous la pression des fils, et il est nécessaire parfois de faire une suture imparfaite.

Dans un cas, j'ai eu l'idée, devant cette impossibilité de faire la suture, de boucher la perforation avec un fragment épiploïque que j'étalai et fixai à la surface de la brèche. Et il est curieux de remarquer que c'est précisément ce cas qui guérit.

Parmi les facteurs du pronostic se trouvent tout naturellement la rapidité du diagnostic et la précocité de l'intervention. Mes opérations ont été faites à la onzième heure, à la douzième, après quatre jours. Le seul malade qui ait guéri a été opéré six heures après la perforation.

Le pronostic est aussi influencé par l'âge et la gravité de la fièvre typhoïde, et enfin et aussi par les dimensions de la perforation.

Dans un cas la perforation était punctiforme : après quatre jours, elle était environnée d'une zone de réaction locale, et si j'avais pu l'opérer plutôt, je crois que j'aurais sauvé la malade.

Exclusion de la plus grande partie de l'intestin pour un anus contre nature.

Rapport sur une observation de M. Vanverts (de Lille).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXVII, 1903, p. 610.)

Dans ce rapport sur une observation complète et d'ailleurs fort intéressante, je défends la supériorité de l'entéro-anastomose dans le traitement des anus contre nature : l'exclusion, méthode plus complexe, n'est pas nécessaire, elle ne suffit même pas à empêcher l'écoulement, par la fistule, des matières ou des sécrétions de

l'intestin, refoulées par l'antipéristaltisme jusqu'à la fistule. Et l'entéro-anastomose obtient à moins de frais le même résultat définitif.

Fibrome de l'intestin.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVI, 1912.)

Deux ans après une opération d'appendicite à froid, une femme de 30 ans me revenait avec une grosse tumeur dans le ventre. Ele était dure et très mobile et je crus qu'il s'agissait d'un fibrome de l'ovaire.

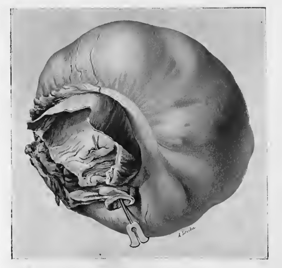


Fig. 49. — *Fibrome de l'intestin développé au niveau de l'angle iléo-cæcal dans la paroi du cæcum.* On voit le cæcum ouvert : la sonde cannelée est introduite dans la terminaison de l'intestin grêle et arrive dans le cæcum au niveau de la valvule.

A l'opération, je trouvai un fibrome (fig. 49) développé dans l'angle iléo-cæcal, intimement adhérent à l'intestin dans les parois duquel il s'était développé. Sur la figure on voit le cæcum ouvert dans lequel arrive par l'intestin grêle la sonde

cannelée. La bande longitudinale du cæcum est soulevée par le développement de la tumeur.

Je fis la résection complète de la tumeur et du segment iléo-cæcal de l'intestin, sur lequel elle était développée, et terminai par une iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale. La malade guérit.

Je souligne en passant la relation incontestable entre le développement de cette tumeur et l'opération qui avait eu lieu, deux ans auparavant, exactement dans la même région.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibrome pur développé dans la couche sous-péritonéale de l'intestin.

Rupture indirecte de l'artère épigastrique.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIV, 1908, p. 122.)

Je présente un malade qui a eu une rupture partielle du muscle droit portant sur la partie postérieure de la gaine du droit; l'artère épigastrique a été entraînée et déchirée; elle n'était pas athéromateuse. Il en est résulté un hématome considérable qui s'est fait dans la loge prévésicale. L'incision permit l'évacuation du foyer et la ligature de l'épigastrique.

Éventration par rupture traumatique sous-cutanée de la paroi abdominale.

(*Leçons de Clinique chirurgicale*, Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 186.
Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXVII, 1901, p. 792.)

En 1901, j'ai observé à l'Hôtel-Dieu un malade qui, à la suite d'un coup dans le ventre, avait présenté une éventration; la rupture traumatique de la couche musculo-aponévrotique avait affaibli la paroi qui s'était progressivement laissée distendre. Je remédiai par une opération à cette difformité et profitai de cette observation pour passer en revue les diverses causes d'éventration et les moyens de faire une bonne suture de la paroi abdominale.

L'éclatement sous-cutané tranmatique de la paroi abdominale.

En collaboration avec A. Lorin.

(*Archives générales de Chirurgie*, 25 décembre 1911, n° 12, p. 1321.)

Ayant eu, depuis mon observation de 1901, l'occasion de voir un autre cas de cette affection, l'éclatement sous-cutané traumatique de la paroi abdominale,

j'ai fait avec mon interne M. Lorin un travail d'ensemble sur cette conséquence rare des traumatismes de l'abdomen. Il n'y avait encore aucune étude d'ensemble, faite sur cette question; tous les articles traitant des contusions de l'abdomen négligent ou mettent au second plan les lésions pariétales.

La cause de ces éclatements est toujours une contusion limitée à un point de l'abdomen. Le corps traumatisant atteint brusquement la paroi, se coiffe de la peau souple et dépressible et fait éclater le muscle.

Le péritoine est toujours déchiré en même temps que le muscle, et à travers la brèche, l'intestin s'engage sous la peau, dans le foyer d'hématome musculaire. Aussi quand le malade ne meurt pas des suites de ses lésions viscérales et de sa péritonite, il persiste une éventration.

Au palper, on perçoit sous une voussure apparente un effondrement de la paroi dans lequel les doigts ou la main peuvent s'enfoncer en déprimant la peau, et sentent la brèche musculaire.

Quand il n'y a pas de lésions intestinales, l'éventration sous-cutanée peut guérir; mais quand il y a perforation intestinale, il n'y a pas de guérison possible sans opération.

Il y a donc deux raisons d'opérer : une raison de contusion abdominale, et une raison de contusion pariétale.

La laparotomie doit être faite à travers le foyer de rupture qu'on répare par la suture des éléments musculaires rompus.

Laparotomie pour occlusion intestinale.

Rapport de Broca.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1897, p. 340.)

Parmi les occlusions intestinales que j'ai eues à traiter, il en est deux qui concernent des variétés assez exceptionnelles et que j'ai cru devoir communiquer à la Société de Chirurgie; elles furent l'objet d'un rapport de mon collègue Broca et le point de départ de la discussion de 1897.

Sur un homme de trente-sept ans, atteint depuis quelques jours d'une occlusion complète, je trouvai, à l'ouverture de l'abdomen, le cæcum dans la région épigastrique. Son énorme dilatation le faisait ressembler à l'estomac. La cause de l'occlusion résidait dans une torsion du cæcum et de la première partie du côlon ascendant. Il y avait à la fois torsion et déplacement du cæcum. Il fut facile de détordre l'intestin; mais, pour le réduire, il fallut inciser le cæcum et évacuer les matières qui le distendaient, environ 1 litre 1/2. Le malade mourut le troisième jour.

Dans une autre observation, il s'agissait d'une malade de soixante et un ans chez laquelle, malgré la réduction d'une hernie étranglée, tous les phénomènes d'occlusion persistèrent. La laparotomie, pratiquée le sixième jour, montra qu'il n'existait aucun étranglement, aucun obstacle mécanique. On trouvait, sur l'intestin grêle, la trace de l'étranglement, sous forme d'un sillon circulaire; mais, à ce niveau cependant, le calibre de l'intestin n'était pas effacé, bien que la dilatation s'arrêtât juste à cet endroit. Après la laparotomie, le cours des matières se rétablit rapidement. C'est un cas de paralysie réflexe de l'intestin, consécutive à un étranglement herniaire.

Compresseur intestinal.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXVIII, 1902, p. 555.)

Cet instrument a pour but de comprimer l'intestin sans le léser, et de le comprimer avec moins de pression que ne le faisaient les pinces ordinaires. En outre, il a sur d'autres instruments analogues, l'avantage qu'on peut l'appliquer sans traverser le mésentère.

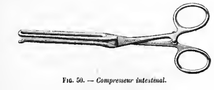


FIG. 50. — *Compresseur intestinal.*

Je m'en sers depuis ce moment pour toutes les opérations intestinales; il est d'une application simple, facile comme une pince, et sans saucun inconvénient pour la paroi intestinale.

Des récidives de la hernie inguinale.

(*Leçons de Clinique chirurgicale*, Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 168-185.)

La question de la récidive des hernies inguinales est complexe : j'y apporte ma contribution avec vingt-sept observations personnelles.

La récidive provient de la *hernie*, du *sujet* ou de l'*opération*.

Du côté de la *hernie*, seul le volume a une grosse importance et favorise nettement la production d'une nouvelle éventration. Il en est de même des adhérences :

elles sont une condition fâcheuse pour l'avenir. Les hernies congénitales récidivent aussi souvent que les hernies acquises.

Du côté du *sujet*, l'état de la paroi est celui qui a le plus d'importance : mieux vaut une grosse tumeur avec une bonne paroi que de mauvais tissus avec une petite hernie.

Du côté de l'*opération*, je relève l'importance de l'hématome, de la suppuration, du lever trop hâtif et, enfin, de l'abus des fils de catgut. Je suis partisan, pour les sutures de la paroi postérieure du canal inguinal, des sutures perdues au crin de Florence.

IV

COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

De la dilatation stomacale aiguë post-opératoire.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 975.)

A la suite d'une néphrectomie pour tuberculose rénale sans incidents et sans ouverture de péritoine, une malade de trente ans présentait, au bout de quatre jours, une telle dilatation de l'estomac que jusqu'au pubis on le sentait clapoter, et la distension de l'organe était si considérable que le ventre présentait une énorme saillie. Un lavage de l'estomac pratiqué aussitôt me permit de retirer deux litres et demi d'un liquide noir extrêmement fétide. Les jours suivants, la distension de l'estomac persista : je dus procéder deux fois par jour à l'évacuation, puis au bout de quelques jours, bien que la malade fût à la diète absolue, une diarrhée intense se produisit et la mort survint.

Cet exemple très net d'une complication rare des opérations, la dilatation stomacale aiguë post-opératoire, fut communiqué par moi à la Société de Chirurgie avec une autre observation que m'avait envoyée Bockard (de Berlin). L'intérêt de mon observation réside, en effet, dans ce fait que le péritoine n'avait pas été ouvert et qu'on ne peut, par conséquent, confondre cette paralysie stomacale avec ces phénomènes de paralysie intestinale qu'on observe à la suite des opérations abdominales.

J'ai insisté sur ce que cette complication était surtout observée à la suite des opérations *rénales*, en particulier à la suite de la néphrorraphie ; elle me paraît en

rapport avec une irritation du plexus cœliaque, et plusieurs faits du même genre observés en chirurgie rénale, mais sans la même gravité, me servirent à appuyer ma théorie.

L'infection ne joue dans ces faits qu'un rôle nul ou accessoire et l'élément nerveux a une influence prédominante. Voilà la notion capitale qui se dégage de cette communication.

Ces accidents sont combattus très heureusement par le lavage de l'estomac pratiqué au moindre symptôme indiquant le trouble stomacal.

Des occlusions intestinales post-opératoires.

(*Bulletins de la Société anatomique*, juin 1894, p. 474.
Congrès de Gynécologie de Bordeaux, 1895, et *Semaine médicale*, 1895, p. 378.
Gazette des Hôpitaux, 23 novembre 1895, n° 136.)

Dans une communication à la Société anatomique de Paris, en 1894, et plus tard dans une communication au Congrès de Bordeaux, j'ai apporté une contribution nouvelle à l'histoire des occlusions intestinales par imperméabilité de l'angle colique sous-costal gauche, dont Adenot avait déjà expliqué la pathogénie.

Une malade, que j'avais opérée d'ovariotomie, mourait au cinquième jour d'occlusion intestinale, malgré une laparotomie exploratrice qui m'avait permis de lever l'obstacle.

C'était une bride située au-devant de l'angle colique gauche, bride ancienne et vasculaire, mais mobile. Quand on la soulevait, le cours des matières se faisait librement : abandonnée à elle-même, elle retombait sur le côlon dont elle aplatissait le calibre. Il est probable que la suppression d'un gros kyste de l'ovaire avait amené la ptose du côlon transverse : celui-ci, dans cette nouvelle attitude, exerçait sur la bride une traction qui déterminait l'aplatissement de l'angle colique gauche.

Reprenant plus tard l'histoire générale de ces occlusions post-opératoires, je les ai classées en trois groupes : 1° les occlusions dues à un obstacle correspondant comme siège au foyer même de l'opération, ce sont les plus communes ; 2° les occlusions par obstacle indépendant du foyer opératoire, elles viennent en seconde ligne par ordre de fréquence ; et 3° les occlusions sans obstacle mécanique ; elles sont les plus rares.

Lors donc que l'on fait une laparotomie pour occlusion intestinale post-opératoire, c'est au foyer opératoire qu'il faut se porter tout d'abord. Si l'on n'y trouve rien, il faut explorer l'angle colique gauche.

Ce n'est qu'après avoir fait cette double exploration que l'on conclura, si elle est négative, que l'occlusion n'est pas causée par un obstacle mécanique : et alors, c'est à l'anus contre nature que l'on aura recours.

Pathogénie des parotidites post-opératoires.

En collaboration avec Morel.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIII, 1908, p. 1044.
La Gynécologie, 1908, nº 1, p. 20.)

Parmi les complications qui viennent parfois à l'improviste troubler les suites d'une opération, que l'on avait des raisons d'espérer très favorables, se trouve la parotidite.

De nombreuses théories ont été successivement proposées pour en expliquer la pathogénie. La *théorie de la décharge microbienne* (Bouchard), la *théorie de la lymphangite et de l'adéno-phlegmon*, la *théorie de la sympathie génito-salivaire*, la *théorie du traumatisme opératoire* ont successivement été abandonnées pour la *théorie de l'infection buccale* émise par Chassaignac en 1859 et qui a reçu de Claisse et Dupré une éclatante comfirmation.

Mais pourquoi la parotidite se produit-elle au lendemain d'une opération? Pourquoi cette ascension des microbes vers le centre de la glande au lendemain d'une laparotomie, alors qu'elle ne se produisait pas avant? Quelles sont le conditions prédisposantes nouvelles qui se réalisent à ce moment?

Telles sont les questions non résolues jusqu'alors, mais souvent discutées, que nous avons voulu nous-même approfondir, étudier et si possible élucider dans ce travail basé à la fois sur l'expérimentation et la clinique.

1° Recherches expérimentales.

I. — *La parotidite post-opératoire est une infection canaliculaire*, qui se réalise par la voie ascendante; voilà un premier point que nous avons précisé.

La marche ascendante de l'infection est démontrée par la localisation centro-lobulaire de l'inflammation : puis par cette *partialité* avec laquelle l'infection frappe quelques lobules au hasard de la rencontre des canaux, alors que si elle venait du sang, l'infection devrait frapper tous les lobules d'un même territoire vasculaire.

Enfin une troisième raison nous est fournie par l'examen et la culture du sang, chez les malades atteints de parotidite. Nous avons souvent pratiqué des cultures : nous n'avons jamais vu se révéler un élément microbien.

C'est donc dans le milieu buccal que la parotide vient puiser les éléments de son infection.

Dans tous les cas par nous examinés, l'infection était produite par le *staphylococcus aureus*.

II. — *Le microbisme buccal ne suffit pas à lui seul à produire la parotidite;* car le milieu buccal est toujours septique, et cependant la parotidite spontanée est très rare. Pendant dix ans, j'ai fait la consultation de l'hôpital Saint-Louis où je voyais par an plus de 35.000 malades : en dix ans, il n'y a pas eu une seule parotidite spontanée alors que dans trois ans j'ai vu huit fois sur des opérés survenir la parotidite post-opératoire.

Le réveil de la virulence buccale sous certaines influences n'est même pas un facteur suffisant pour la parotidite : nous avons, sur des animaux en expérience, barbouillé la muqueuse buccale avec une culture pure de staphylocoques. Jamais nous n'avons obtenu la parotidite avec ce seul facteur : nous ne l'avons obtenue que très difficilement et à condition de mettre en jeu d'autres influences dont nous parlerons plus loin.

La parotide se défend contre la septicité normale du canal de Sténon, sur le trajet duquel on trouve souvent, mais non toujours, quelques microbes, parfois des anaérobies, et en pleine santé (Claisse et Dupré, Gilbert et Lippmann). Elle se défend par le courant laveur de sa salive; elle se défend par l'intégrité de ses cellules, qui assure cette sécrétion; elle se défend par la tension sanguine qui permet à ses cellules de puiser dans le sang les éléments de leur sécrétion. Peut-être aussi faut-il compter avec l'action antiseptique de la salive parotidienne. Mais l'élément le plus précieux est l'élément mécanique, celui de la chasse salivaire.

Aussi bien tant que la parotide est intacte, tant qu'elle peut fonctionner normalement, l'influence du microbisme buccal est annihilée : le réveil du microbisme buccal n'a d'influence que s'il prend la glande en défaillance, c'est-à-dire dans des conditions telles qu'elle ne peut assurer sa défense personnelle. Quelles sont ces influences?

III. — Nous avons soumis à l'expérimentation plusieurs des influences invoquées comme *conditions prédisposantes* à l'infection de la glande parotide.

Nous avons reconnu d'abord que les *traumatismes* de la glande elle-même, les *malaxations* de son tissu sont sans influence sur la production de la parotidite. A plusieurs reprises, nous l'avons vu succéder à des chloroformes difficiles au cours desquels des tractions avaient été effectuées dans les mâchoires, et des manipulations sur les parotides. N'y avait-il pas là une influence prédisposante? L'expérimentation ne nous a pas permis de légitimer cette supposition. Jamais nous n'avons pu produire la parotidite par la malaxation de son tissu.

Nous avons de même réduit à néant *l'influence invoquée d'une relation génitale.* Chez le chien, l'excitation électrique de la glande génitale ne modifie ni le rythme ni la quantité du débit salivaire parotidien préalablement établi soit par la pilocarpine, soit par l'excitation directe de l'auriculo-temporal.

Sur une chienne de 20 kilos, morphinée, on découvre et on cathétérise le canal de Sténon gauche. On découvre également l'ovaire. Pas de sécrétion paroti-

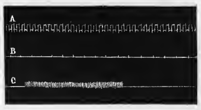


Fig. 51. — *Excitation électrique à 0 de l'ovaire d'une chienne, après injection de pilocarpine.*
A, secondes; — B, gouttes de salive parotidienne; — C, longueur de l'excitation électrique ovarienne.

dienne. D'autre part, l'appareil enregistreur est disposé de la façon suivante : une première plume A inscrit le temps (secondes); une deuxième inscrit la chute des gouttes de salive tombant sur une palette; une troisième en rapport avec un signal électrique inscrit les excitations portées sur l'ovaire.

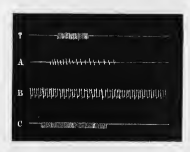


Fig. 52. — *Tiraillement d'une anse grêle chez le chien, après établissement de la sécrétion parotidienne par excitation de l'auriculo-temporal.*
A gouttes de salive; — B, secondes; — C, durée de l'excitation de l'auriculo-temporal; T, tiraillement de l'anse grêle.

Nous injectons, dans une veine de l'animal, 1 centimètre cube d'une solution de pilocarpine à 1 p. 100; au bout d'une minute la sécrétion parotidienne s'établit. A ce

moment une excitation induite de l'ovaire, à 0, ne détermine aucune modification quantitative dans le débit parotiden (tracé n° 1).

Nous avons ensuite établi que l'*influence nerveuse était également sans effet;* nous entendons cette influence nerveuse réflexe à point de départ abdominal et qui aboutirait à mettre la glande parotide en état de moindre résistance.

Dans des expériences que l'un de nous a faites avec Nepper, nous avons électrisé des pédicules spléniques, rénaux *h*, testiculaires, ovariens, et jamais nous n'avons pu constater une influence salivaire quelconque (tracé 3).

Et après avoir annulé toutes les autres, nous arrivons à étudier la dernière influence, à savoir l'*influence salivaire.* Et c'est ici seulement que nous avons obtenu des résultats positifs.

Nous entendons par influences salivaires celles qui sont de nature à modifier soit l'excrétion, soit la secrétion de la salive. C'est en procédant ainsi qu'après de nombreux échecs nous sommes parvenus à obtenir des parotidites expérimentales; nous les avons obtenues en provoquant le réveil du microbisme buccal, par le barbouillage de la muqueuse avec des cultures de staphylocoque. Nous procédions ainsi chez des animaux soumis les uns à l'atropine pendant quelques jours, les autres à l'influence de la pilocarpine. Dans un cas, nous avons obtenu avec la pilocarpine une parotidite expérimentale : la glande troublée dans son fonctionnement, vaincue par le travail, s'est laissé envahir. Plus souvent et plus facilement, l'injection s'est réalisée chez les animaux soumis à l'atropine montrant ainsi admirablement l'influence de la vis *a tergo*, de la chasse salivaire pour protéger la parotide.

2° Applications cliniques.

Les deux facteurs, qui agissent sur la production de la parotidite, subissent au lendemain d'une opération, des modifications qui sont de nature à causer la parotidite.

1° Ainsi en ce qui concerne le *microbisme salivaire*, n'y a-t-il pas plusieurs raisons pour ce microbisme d'augmenter sa virulence. C'est d'abord, pendant l'opération, la pince à langue, l'ouvre-bouche, les morsures de la langue, les tampons dans le pharynx qui font une porte d'entrée ou réalisent l'inoculation directe d'où résulte l'infection. C'est l'infection antérieure de la bouche chez un malade déjà fébrile avec langue sèche.

C'est une dentition mauvaise antérieurement et entretenant un état chronique d'infection.

C'est, chez un malade plus soigneux, la suppression des soins habituels de la bouche, ce qui le met lui-même et par rapport à ce qu'il était avant, dans des conditions de bouche plus désavantageuses.

C'est enfin peut-être aussi ce bandage abdominal très ou trop serré et qui force le malade à respirer par la bouche : d'où évaporation, d'où asséchement de la muqueuse et stagnation des microbes là où ils se trouvent.

Ainsi le microbisme buccal est réveillé et accru. Voilà le premier facteur.

2° Le second, c'est l'arrêt de la sécrétion salivaire et qui pour une raison ou pour une autre se retrouve chez tous les malades.

a) L'émotion du malade, la peur, paralyse les sécrétions salivaires : première cause.

b) Le chloroforme, l'anesthésique joue ensuite un rôle incontestable pour assécher la bouche : il est à remarquer en effet que jamais nous n'avons vu la parotidite post-opératoire chez des malades opérés à l'aide de la rachistovaïnisation. C'est toujours à la suite de la chloroformisation que nous avons vu cette complication : le chloroforme diminue ou arrête la sécrétion salivaire.

L'usage, l'abus de la *morphine* peut encore au lendemain d'une opération diminuer la salive.

A cette influence s'ajoute la suppression de l'alimentation solide, de la mastication, la diète en un mot : d'où résulte en particulier l'arrêt de la sécrétion salivaire.

Enfin la déshydratation de l'organisme a aussi son rôle. Celle-ci est réelle après une opération. Elle résulte du purgatif antérieur, du purgatif consécutif, de la suppression des liquides les premiers jours, des vomissements; enfin quelquefois de la perte de sang effectuée au cours de l'opération.

Toutes ces influences concourent à un seul but : suppression par l'arrêt de la sécrétion, de la vis *a tergo*, suppression de l'influence mécanique qui protège la glande.

Aussi voit-on habituellement la parotidite se produire du côté où le malade se couche, dort le plus volontiers (l'influence de décubitus).

Ce qui prouve bien le rôle et l'influence de ces divers facteurs au lendemain d'une opération pour produire la parotidite, c'est qu'il suffit de reporter ces conditions à la veille de l'opération pour obtenir *des parotidites pré-opératoires* absolument analogues aux autres. Telles sont les parotidites qui surviennent chez des individus en expectation d'appendicite (inanition, suppression de l'alimentation solide, des boissons), atteintes de grossesse extra-utérine (saignée), d'ulcère de l'estomac.

Et ainsi nos parotidites post-opératoires sont analogues à ces parotidites des hémiplégiques, etudiées récemment par le Prof. Gilbert et Villaret, et pour lesquelles la flaccidité, la congestion et le décubitus jouent le principal rôle.

Et nous pouvons même penser, bien que sur ce point nous n'ayons pas le droit d'être aussi affirmatifs, que les parotidites dites *métastatiques*, celles qui

surviennent au déclin des grandes infections, ne sont pas des localisations pyohémiques de cette infection, mais sont aussi des infections canaliculaires, qui ont trouvé dans l'arrêt de la salive une occasion de se propager jusqu'aux lobules glandulaires.

Quoi qu'il en soit, la parotidite post-opératoire perd d'après nos recherches toute personnalité : elle n'a avec l'opération qu'un rapport chronologique, et il suffit de réaliser dans la vie courante les conditions qui font la parotidite au lendemain d'une opération, pour réveiller, en dehors de tout traumatisme opératoire, l'infection glandulaire.

V

DIVERS

De l'autoplastie par glissement du sein.

(*XII*[e] *Congrès français de Chirurgie*. Paris, 1898, p. 225, et *Leçons de Clinique chirurgicale*. Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 160.)

C'est une nouvelle méthode de l'autoplastie du sein que je préconise dans cette communication.

Dans les cancers très étendus, surtout dans les opérations pour récidive étendue, la perte de substance est si considérable après l'opération qu'on a beaucoup de peine à trouver de la peau pour combler la perte de substance. J'ai montré les avantages qu'il y avait alors à utiliser pour cette autoplastie le sein du côté opposé.

A l'aide de deux grandes incisions, je le décolle de la paroi thoracique et, le ramenant du côté opposé, je l'étale à la surface de la plaie et le suture au bord de la première excision cutanée. Le mamelon devient médian : l'esthétique est peu sauvegardée, mais je ne recommande ce procédé que dans des cas de cancers très étendus où la question d'esthétique devient très secondaire.

Ce procédé, d'ailleurs, a été mis en pratique par plusieurs chirurgiens qui l'ont défendu dans leurs écrits tels que Grœve (d'Upsal), Assaky, Morestin, Chavannaz, Yahoub.

Tuberculose de la parotide.

En collaboration avec M. Marien.

(Comptes rendus de la Société de Biologie, 1896, p. 856,
et *Presse médicale*, 1896, n° 57, p. 338.)

J'ai observé le premier cas publié en France de tuberculose de la parotide. J'ai profité de cette observation rare pour analyser, avec mon collaborateur et ami Marien, la pathogénie de l'infection tuberculeuse des glandes salivaires.

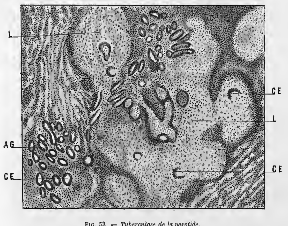


Fig. 53. — *Tuberculose de la parotide.*
L, lobules en voie de caséification ; — CE, canaux excréteurs ; — AG, acini glandulaires.

Une jeune fille de treize ans présentait au niveau de la joue, en avant du masséter, à peu près sur le trajet du canal de Sténon, une petite tumeur du volume d'une noisette, lisse, régulière et arrondie. Adhérente à la peau, elle tenait aussi aux parties profondes. Indolente à la pression, elle donnait un peu la sensation d'un kyste dermoïde enflammé.

Je l'extirpai : elle était constituée par une caverne entourée d'une zone de tissu condensé. A l'examen histologique, il nous fut facile de déceler la nature

tuberculeuse de la lésion : il y avait des follicules tuberculeux et des bacilles dans la paroi. De plus, c'était une tuberculose manifestement glandulaire, car dans la paroi de la caverne se montraient les culs-de-sac glandulaires, altérés et envahis par l'infiltration tuberculeuse (fig. 53).

En examinant la lésion dans les régions éloignées du centre de la caverne, dans la zone d'envahissement, nous avons pu constater nettement que la lésion initiale était prédominante au niveau des canaux excréteurs; dans le lobule, totalement envahi, il y avait déjà de la caséification au centre, alors qu'à la périphérie on ne constatait encore que de l'infiltration embryonnaire.

C'est en nous basant sur ces constatations très précises que nous avons établi que l'infection tuberculeuse des glandes salivaires s'effectue par les canaux excréteurs, par la voie canaliculaire ascendante, et non par la voie circulatoire. La tuberculose de la parotide est donc analogue dans son évolution aux infections banales de glandes salivaires, si bien étudiées dans le travail de Claisse et Dupré.

De la dyspnée dans le cancer du pharynx.

(*Gazette médicale*, 1887, p. 525.)

J'ai signalé une nouvelle cause de dyspnée au cours du cancer du pharynx : c'est l'envahissement par le néoplasme du nerf pneumogastrique lui-même. Il en était ainsi sur une malade que j'observai en 1887 et qui, malgré la trachéotomie précoce, continua cependant à présenter des crises de dyspnée dont elle mourut.

La dyspnée était intermittente : c'était une dyspnée ressemblant à ce qu'on observe dans les accès d'asthme.

A l'autopsie, nous ne trouvions aucune compression sur la partie supérieure de l'appareil respiratoire; mais le pneumogastrique, ainsi que le laryngé supérieur du côté correspondant, adhéraient à la tumeur, et j'ai cru pouvoir expliquer par l'irritation de ce nerf la pathogénie des phénomènes observés.

Résection du condyle pour ankylose de la mâchoire.

(*Leçons de Clinique chirurgicale.* Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 132. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXIX, 1903, p. 42.)

A propos d'un cas de fracture ancienne du col du condyle avec ankylose de la mâchoire inférieure, j'étudie les problèmes souvent difficiles que nous offre cette affection.

Pour le traitement, je préfère la résection du condyle à l'ostéotomie du col du condyle.

L'opération pratiquée sur le malade donna un résultat immédiat assez favorable; le résultat éloigné fut très remarquable. Le malade qui, depuis très longtemps, depuis treize ans, ne pouvait ouvrir la bouche, pouvait donner une ouverture très large, sans aucune tendance à la rétraction, et j'ai pu le présenter à la Société de Chirurgie, en 1903, absolument guéri.

Sarcogliome du cerveau. — Opération. Guérison.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906.)

Je présente un malade opéré d'un gliosarcome du cerveau et complètement guéri. A la suite de plusieurs attaques d'épilepsie jacksonienne, consécutives à une chute sur la tête, j'avais été appelé à porter le diagnostic de fracture avec esquille comprimant le cerveau. A l'opération faite largement, je trouvai une grosse tumeur du cerveau que j'enlevai largement. Je réunis sans drainage les méninges et remis en place le volet osseux. Le malade réunit par première intention.

Les blessures temporales par balles de revolver.

(*Revue générale de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1909, mai, p. 295.)

Plaie du crâne par arme à feu.

(In *Leçons de Clinique chirurgicale.* Paris, Alcan, 1902, p. 121.)

De la recherche des balles dans le crâne.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 573.)

Extraction d'une balle au contact du pédoncule cérébral.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 834.)

La conduite suivie en présence d'une plaie de la tempe par arme à feu est à peu près la même pour tous les chirurgiens; elle consiste dans l'ouverture et la désinfection de la plaie, l'élargissement de la plaie crânienne et la recherche discrète de la balle.

Mais en ce qui concerne la conduite à tenir plus tard, lorsque le blessé est guéri de ses premiers accidents et conserve sa balle, cette conduite est l'objet de discussions.

Je suis partisan de l'intervention secondaire dans le plus grand nombre des cas, et j'apporte quelques faits intéressants à ce sujet.

D'abord *en ce qui concerne le trajet des balles dans le crâne :* une de ces observations vient confirmer d'une manière très précise les expériences de Delbet et Dagron en montrant qu'une balle entrée par la tempe droite est allée après réflexion à gauche se localiser dans le cervelet à gauche.

Ensuite *en ce qui concerne l'indication :* je rapporte plusieurs observations de malades ayant eu des troubles cérébraux divers sous l'influence d'une balle conservée dans le crâne. L'ablation a donné une grande amélioration : elle est donc à conseiller à condition toutefois qu'il n'y ait pas trop de dégâts à faire pour atteindre ce corps étranger.

Enfin *en ce qui concerne la technique :* une balle peut se déplacer dans le crâne, entre le moment où elle est radiographiée et celui où elle est recherchée par l'opération. Au cours de l'opération, elle peut encore être déplacée par les coups de marteau si l'on n'avait pas à sa disposition une scie automatique.

C'est pour ces raisons que je n'ai pu une fois rencontrer une balle au point précis où je devais la trouver : une autre fois, en supprimant les deux causes d'erreurs ci-dessus indiquées, j'ai pu la trouver à l'endroit précis où l'appareil de Contremoulin l'avait indiquée.

Sur un autre malade chez lequel la clinique permettait, grâce au syndrome de Weber, de localiser la balle au niveau du pédoncule cérébral, j'ai été à la recherche de cette balle profonde et ai pu l'extraire par la voie latérale. Elle siégeait sous le pédoncule cérébral. A la suite de l'opération, la céphalée qui semblait due à l'hydrocéphalie, a complètement disparu et les douleurs paroxystiques, le tic de la face ont aussi rétrocédé.

Je ne crois pas que dans l'histoire de la chirurgie crânienne on ait été aussi loin chercher un corps étranger.

De la valeur de la ponction lombaire dans le diagnostic des complications auriculo-méningées d'origine otitique.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIII, 1907, p. 154.)

En rapportant à la Société de Chirurgie l'observation d'un malade que M. Lapointe avait opéré dans mon service, j'ai été amené à discuter quelle est la valeur de la ponction lombaire pour le diagnostic des complications auriculo-méningées d'origine otitique et quelles sont les indications que celle-ci impose, quand elle est positive, à l'action thérapeutique?

I. Sur le premier point, je conclus, à l'encontre de M. Lapointe que la polynucléose, quand elle est aussi intense que dans le cas actuel, est l'expression d'une

méningite généralisée. De celle-ci, elle est le signe nécessaire mais aussi suffisant : c'est l'opinion de Braunstein et Lermoyez et je m'y rallie.

La raison principale sur laquelle M. Lapointe se basait pour rejeter la généralisation de sa méningite, c'est que cette prétendue méningite peut guérir. Et nous avons été tellement habitués à voir les méningites incurables, que nous avons beaucoup de peine à sortir de cette doctrine. Mais lorsque nous attendions de la clinique seule des signes qui nous permettaient de reconnaître la méningite, nous ne voyions cette affection qu'à un stade tardif, à un moment où l'extension et la gravité des lésions la rendaient toujours mortelle : actuellement, avec d'autres moyens, nous pouvons dépister l'infection méningée de bonne heure. Bien avant que des signes cliniques en témoignent, nous la pouvons reconnaître à une phase où elle peut guérir. Et je ne crois plus que nous puissions nous baser sur la curabilité d'une méningite pour apprécier sa localisation, je crois plutôt pouvoir me servir de ces faits pour affirmer que des méningites généralisées peuvent guérir et guérissent quelquefois.

Mais si la polynucléose indique la participation étendue des méninges à l'inflammation, elle ne nous permet pas de dire ni s'il a y un abcès intra-dural, ni où en est le siège.

L'examen du sang peut, il est vrai, combler cette lacune.

II. Sur le deuxième point, je reprends cette thèse, d'accord d'ailleurs avec la majorité des spécialistes, que la ponction lombaire, quand elle est positive, n'est jamais une raison suffisante pour arrêter l'opérateur en contre indiquant l'opération. Tout au contraire, je pense que dans certains cas, elle est une indication de rechercher de suite dans les parties profondes une suppuration cachée.

On ne peut s'arrêter en pareil cas devant *l'inutilité* de cette manœuvre; car des observations montrent des malades ayant succombé du fait que cette conduite ne fut pas suivie : on ouvrait un abcès superficiel, on méconnaissait un abcès profond (observation de Caussade par exemple).

Le *danger* de cette conduite ne saurait non plus impressionner; car quand il y a polynucléose intense, c'est-à-dire méningite certaine, l'incision de la dure-mère au voisinage du point où l'abcès sous-dural a montré le maximum des lésions n'est certainement pas plus dangereux : elle ne peut recréer une infection déjà existante : elle est par ailleurs beaucoup plus conforme à la gravité des circonstances.

En somme, c'est la conclusion à laquelle j'arrive, la polynucléose intense du liquide céphalo-rachidien, en nous permettant de soupçonner des réactions méningées bien avant l'heure où des signes cliniques nous permettraient de les reconnaître, nous permet dans certains cas de modifier une règle de conduite qui n'était basée jusqu'ici que sur les incertitudes de la clinique.

Intervention pour hémisection de la moelle.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXVII, 1901, p. 1091.)

Sur une malade qui quelques mois avant avait reçu un coup de couteau dans le dos et avait présenté à la suite des symptômes paraplégiques qui avaient permis au Prof. Brissaud de dire qu'elle avait une section complète de la moelle, je trouvais à l'opération une hémisection limitée aux cordons postérieurs avec une adhérence de la dure-mère. Je suturai la lésion au catgut.

La malade ne retira aucun bénéfice de l'opération et je citai un jour cette observation pour rappeler et la difficulté de diagnostiquer exactement le degré des lésions médullaires et l'inefficacité de la suture pour les sections anciennes au moins.

Fracture avec luxation de la colonne vertébrale.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXXIV, 1908, p. 863.
Revue d'Orthopédie, 1909, p. 147.)

Il s'agit ici d'un simple fait, mais particulièrement intéressant : malgré une déviation considérable produite par une fracture de la cinquième lombaire avec luxation par bascule de la quatrième, le rétablissement fonctionnel s'effectua très rapidement et le blessé put reprendre ses occupations en ne conservant que sa déviation. Dès le quinzième jour, il pouvait marcher : il n'y eut aucun trouble nerveux, ni paralysie, ni anesthésie, ni troubles trophiques; la lésion était trop basse pour toucher à la moelle.

Abcès du poumon.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXXIV, 1908, p. 165.)

Au cours d'une discussion, je rapporte l'observation d'une collection pulmonaire qui fut introuvable, même le thorax ouvert et le poumon dans la main. Pour la découverte de ces collections, il faut être très prudent, ne pas se contenter des signes stéthoscopiques ni même de la radiographie. La radioscopie est beaucoup plus précieuse.

Depuis lors, j'ai utilisé la ponction à demeure, lorsqu'elle a été positive, pour me guider sur elle jusqu'à la collection.

Lipome du cœur.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXXIII, 1907, p. 1010.)

C'est une présentation de pièce. Ce lipome du cœur est une lésion très rare dont je n'ai trouvé que quatorze exemples. Bien que ce fût une lésion purement médicale, elle joua en chirurgie un rôle tragique.

Je l'ai recueillie sur une enfant de seize ans, que j'opérai d'appendicite à froid. Nous savions qu'elle avait une lésion cardiaque, mais nous ne lui avions attaché aucune importance. Or, à la suite de l'opération, le pouls s'accéléra en même temps que la température monta : et la malade mourut en trois jours sans aucun phénomène abdominal.

A l'autopsie, nous avons trouvé ce lipome du cœur, gros, inséré au contact de l'artère pulmonaire, avec une thrombose totale de cette artère. Mes élèves Verliac et Morel ont publié plus tard un travail très complet sur ce point.

En dehors de l'intérêt qui s'attache à la lésion, ce fait prouve que l'on ne doit pas penser à incriminer une opération dans la pathogénie d'un décès post opératoire, sans avoir fait une autopsie complète.

Résultat après dix ans d'une opération au Kraske pour cancer du rectum.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 39.)

Hémophilie musculaire.

En collaboration avec M. Houzel.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 434.)

L'hémophilie musculaire est fort rare, et nous n'en avons trouvé que deux observations dans la littérature. Cette rareté fait l'intérêt d'une observation que nous rapportons : elle a trait à une hémophilie *élective*, uniquement musculaire, pour un même individu. La première localisation intéresse le muscle iliaque, et sous les allures d'un psoïtis vulgaire conduit à une intervention chirurgicale; la seconde localisation a lieu six mois plus tard, et les muscles frappés sont ceux de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

L'origine fut spontanée et sans aucun traumatisme.

Cliniquement, cette lésion se présente avec les allures d'un psoïtis, avec flexion de la jambe sur la cuisse, et avec sensation d'un abcès dans la fosse iliaque.

Le diagnostic est dès lors très difficile : et l'incision à laquelle on fut conduit

faillit coûter la vie au malade. Les injections de sérum frais le guérirent mais il en résulte néanmoins que l'incision au bistouri est absolument à rejeter en pareil cas. C'est l'infection assurée du foyer avec des hémorragies terribles.

Contusion artérielle et anévrisme traumatique.

En collaboration avec le Dr Meslay.

(*Bulletins de la Société anatomique*, LXXIXe année, 1899, 6e série, t. 1, p. 470.)

Sur une petite artère, j'ai pu saisir sur le vif la genèse d'un anévrisme traumatique. A la suite d'un coup, une petite tumeur s'était développée sur le trajet de l'artère temporale d'un jeune homme de 17 ans. A l'examen histologique, nous trouvions une rupture des parois musculo-élastiques : le calibre de l'artère était encore intact. Mais si la lésion avait évolué, la dilatation de la partie rompue aurait produit un sac anévrismal.

Traitement des anévrismes de la crosse de l'aorte par la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droite.

(Thèse de Lanessus. Paris, 1896.)

J'ai opéré par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite un volumineux anévrisme du tronc brachio-céphalique. Cette observation est publiée tout au long dans la thèse de Lanessus. Le volume de la tumeur m'avait forcé de rejeter la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. Il n'y eut aucun trouble fonctionnel consécutivement à cette ligature et la malade éprouva pendant six mois une notable amélioration. Au bout de ce temps, la tumeur augmenta et se rompit brusquement. A l'autopsie, nous avons constaté que le tronc brachio-céphalique était presque indemne; l'anévrisme siégeait sur la crosse de l'aorte et s'était rompu dans le péricarde.

Sur la fulguration.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 609.)

Au cours d'une discussion où chacun apportait ses observations, j'ai rapporté quelques faits qui montrent que la fulguration, malgré une action momentanée n'empêche pas les récidives ni les extensions ultérieures.

Elle n'est même pas toujours bénigne; dans un cas de sarcôme de l'avant-bras, j'ai vu des accidents mortels d'urémie comateuse emporter une malade de 23 ans en quelques heures.

De la sérothérapie des cancers.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVIII, 1902, p. 455.)

A une époque où certains sérums, comme celui de Wlaëff, étaient proposés pour la cure du cancer, je m'élevais contre l'interprétation trop simpliste que l'on faisait de certaines observations, et par l'exemple d'une malade qui, sans sérum, avait présenté des intermittences prolongées dans l'évolution d'un cancer abdominal, je montrais combien il faut être réservé dans son appréciation sur la valeur des moyens utilisés dans chaque cas.

Aiguilles obliques à pédale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXVIII, 1902, p. 30.)

Depuis longtemps j'avais remarqué la difficulté de passer les surjets péritonéaux pelviens avec les aiguilles ordinaires : ni les aiguilles courbes de Reverdin, ni les aiguilles à pédale ne peuvent se plier à la courbure du bassin. C'est pour



Fig. 54. — *Aiguille oblique à pédale.*

remédier à cette lacune que j'ai fait construire par Collin des aiguilles obliques, dont je me sers toujours depuis ce moment et qui me paraissent simplifier beaucoup la péritonisation pelvienne.

CHAPITRE III

GYNÉCOLOGIE

Traité médico-chirurgical de gynécologie.

En collaboration avec M. Labadie-Lagrave, 3e édition. Paris, Alcan, 1904.

Ce volume de 1.298 pages, illustré de 323 figures, dont beaucoup ont été exécutées d'après des pièces personnelles, contient un exposé complet de la Gynécologie, envisagée au double point de vue médical et chirurgical.

Tout en utilisant les ouvrages antérieurs, nous avons essayé de faire œuvre originale par la façon de présenter les questions au point de vue clinique au moins. Nous avons fait en sorte de nous tenir au courant des dernières recherches et de n'omettre, parmi les travaux les plus récents, aucun de ceux qui présentaient une réelle valeur.

Dans la partie qui a trait à la Thérapeutique générale, nous avons décrit dans des chapitres absolument nouveaux le traitement hydrominéral, le traitement hydrothérapique des affections gynécologiques, et les médications nouvelles, comme les injections de solutions salines, l'opothérapie, etc.

Plusieurs affections, qui, jusqu'ici, avaient été laissées au second plan dans les ouvrages classiques, nous ont paru mériter une description spéciale, soit à cause de l'intérêt qui s'attache aujourd'hui à leur étude, soit à cause des relations intimes qu'elles affectent avec d'autres maladies de l'appareil génital. Telles sont la leucoplasie vulvo-vaginale, le kraurosis vulvæ, les kystes hydatiques pelviens, l'urétrocèle, la destruction de l'urètre, l'insuffisance urétrale, etc.

Dans le groupe des tumeurs, nous avons consacré des développements étendus aux questions d'actualité, telles que les tumeurs utéro-placentaires, la môle hydatiforme, la structure et la pathogénie des fibromes, les sarcomes de l'utérus, etc.

Dans l'étude des opérations, nous avons toujours exposé les procédés les plus récents et les plus importants; mais nous nous sommes surtout attachés à étudier les *résultats éloignés*, au point de vue de la grossesse et de l'accouchement en particulier, et à présenter les *indications* de ces opérations. Leurs complications communes, les conséquences éloignées ont fait l'objet d'un chapitre à part. Nous avons pu ainsi, présenter une étude d'ensemble des septicémies péritonéales, des occlusions intestinales, des hémorragies, des fistules, des éventrations, des délires post-opératoires et des troubles consécutifs à la castration.

Enfin, nous avons apporté toute notre attention à l'étude des relations pathologiques de l'appareil génital et de l'appareil urinaire, et nous avons consacré un chapitre spécial à cette si importante question.

Cet ouvrage a eu trois éditions en six années. Nous préparons en ce moment la quatrième.

L'Académie lui a accordé le prix Huguier en 1898. Il a été traduit en espagnol et en italien.

I

UTÉRUS

Du rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibromyomes utérins.

En collaboration avec M. Marien (de Montréal).

(*Bulletins de la Société anatomique*, LXXI[e] année, 5[e] série, t. X, 1896, p. 329.)

En examinant histologiquement des fibromes jeunes, enlevés de bonne heure par l'hystérectomie vaginale, j'ai pu étudier certains détails de leur histoire, préciser et expliquer certaines de leurs transformations, et j'ai cherché même à surprendre leur mode de production. Ces recherches ont été effectuées sur un grand nombre de pièces; elles ont été faites en collaboration avec mon élève et ami le D[r] Marien, de Montréal.

Nous nous sommes surtout attachés à l'étude de la genèse, de l'évolution et du rôle des éléments glandulaires dont, après Hauser, Schottländer, Recklinghausen, etc., nous avions constaté le présence.

Origine. — Nous avons montré comment ces éléments glandulaires prenaient naissance dans la muqueuse même de l'utérus, dont ils sont une dépendance, à laquelle ils sont reliés par places d'une façon très directe.

Rôle. — Sur une de nos tumeurs, il nous a semblé que la prolifération glandulaire avait été l'origine de la production du myôme : l'inflammation partie de la muqueuse s'était propagée au tissu sous-muqueux et y avait déterminé l'hyperplasie des éléments musculaires et fibreux qui constituaient la tumeur, et, en

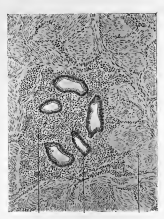


Fig. 55. — *Adénome développé sous l'influence de l'inflammation dans un fibromyome utérin.*

allant de la muqueuse à la périphérie, on trouvait tous les intermédiaires entre l'infiltration embryonnaire en dedans et la prolifération musculaire et fibreuse en dehors.

Ce fait vient à l'appui de la théorie irritative et inflammatoire des tumeurs conjonctives.

Évolution. — Les éléments glandulaires inclus dans les fibromyomes peuvent subir trois évolutions : 1° ils *s'atrophient;* 2° ils se transforment *en kystes;* 3° ils dégénèrent en *cancers.*

Ils se transforment en kystes, et nous pensons que c'est à l'évolution de ces éléments épithéliaux que l'on doit attribuer la production des kystes à revêtements

épithéliaux que l'on trouve souvent dans les myomes. Sur une de nos pièces, en effet, nous avons trouvé côte à côte des cavités kystiques et des éléments glandulaires disséminés mais non encore transformés.

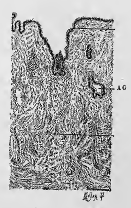


FIG. 56. — *Fibrome kystique.*
AG, acinus glandulaire au milieu du tissu fibromyomateux.

Ils dégénèrent en cancer : ils évoluent alors comme un parasite de la tumeur principale; et nous rapportons une observation qui explique de cette façon la question si controversée de la transformation des fibromes en cancer.

De la valeur des hystérectomies dans le traitement des fibromes utérins.

(*Leçons de Clinique chirurgicale*, Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 394. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1028. — *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, 1904, p. 293.)

L'hystérectomie abdominale est devenue le traitement de choix des fibromes utérins; elle a pris la place qu'a perdue l'hystérectomie vaginale. L'hystérectomie subtotale doit avoir toutes nos préférences, comme infiniment plus bénigne et plus simple.

L'énucléation n'est qu'une méthode exceptionnelle chez les femmes âgées.

Il n'y a aucun avantage à conserver un utérus qui peut contenir des germes de nouvelles tumeurs. L'opération n'est pas d'ailleurs beaucoup plus simple ni plus bénigne qu'une hystérectomie. Dans quelques cas, elle est impossible : il est des fibromes qui sont inénucléables.

Des troubles urinaires provoqués par les fibromes du col de l'utérus.

(*Journal de l'Urologie médicale et chirurgicale*, janvier 1911.)

Un gros fibrome du col du poids de 7 kilogrammes avait élevé la vessie jusqu'au niveau de l'ombilic et causé des troubles urinaires. Ayant opéré cette

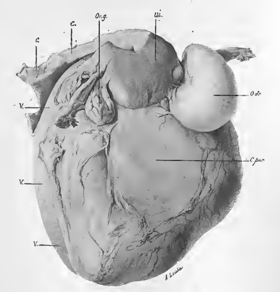


Fig. 57. — *Fibrome du col du poids de 7 kilogr.*

malade, j'ai pu au cours de l'intervention faire quelques constatations et apporter quelques précisions au mécanisme de ces troubles urinaires (fig. 57). Les

troubles mictionnels, la rétention sont dus : 1° à l'allongement de l'urètre, 2° accessoirement à la compression du col, et 3° surtout à l'étalement de la vessie à la face antérieure de la tumeur, étalement qui s'oppose à une contraction des parois d'où doit résulter à l'état normal la parfaite évacuation du réservoir.

De la pyométrie comme complication du cancer du col utérin.

En collaboration avec le Dr Rebreyend.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1899, n° 5.)

La pyométrie est une complication grave du cancer utérin; l'ayant observée, en ayant compris toute la gravité, nous avons cherché dans ce travail à mettre en relief les traits anatomiques qui la caractérisent et les symptômes qui permettent de la reconnaître et, enfin, à en déduire quelques conclusions pratiques.

La variété de cancers du col qui s'accompagne ordinairement de pyométrie, est l'épithélioma du cancer cervical; le plus souvent, c'est assez haut que siège l'atrésie, au niveau de l'orifice interne; totale dans quelques cas, elle est généralement partielle mais assez serrée. Il est fréquent que le cancer lui-même, bien qu'ayant atrésié le canal cervical, soit peu développé; dans un cas même, il fallut le microscope pour affirmer la nature cancéreuse du rétrécissement; le néoplasme, à l'œil nu, passait inaperçu.

La quantité du liquide contenu dans la poche utérine est des plus variables; elle peut aller de quelques grammes au volume d'une tête de fœtus. La nature de ce liquide présente également de fortes différences; tantôt c'est du pus franc, particulièrement fétide; tantôt c'est un liquide brun chocolat, évidemment coloré de pigment sanguin, et tenant en suspension des parcelles de tissu sphacélé; pyométrie franche ou hémato-pyométrie, le sang y est, en tout cas, très profondément altéré.

La paroi du kyste purulent formé par la cavité utérine n'est pas toujours d'un aspect uniforme. Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, on l'a trouvée plusieurs fois très lisse et nullement fongueuse d'aspect. Cet aspect répond surtout aux grandes pyométries.

Enfin, dans le cas qui nous appartient, nous avons trouvé, du côté des ganglions iliaques, des lésions très probablement en rapport avec la pyométrie Cette complication n'a été signalée par aucun des auteurs précédents; cela s'explique par ce fait que les opérations par voie vaginale n'ont jamais permis, jusqu'à ce jour, de vérifier l'état des ganglions voisins.

La *symptomatologie* de ces pyométries est très obscure, et la plupart des

observations précédemment publiés relatent des erreurs de diagnostic. Deux cas peuvent se présenter :

Si le liquide est peu abondant, l'utérus peu augmenté de volume, la rétention passera purement et simplement inaperçue; on la reconnaîtra au cours de l'opération, trop tard pour y appliquer un traitement efficace.

Si la pyométrie est d'un gros volume, l'erreur de diagnostic est presque fatale, et elle sera très variable.

D'un volume modéré, elle est presque toujours confondue avec un cancer du corps de l'utérus.

D'un volume plus considérable, elle en impose pour une tumeur solide, un fibrome.

Enfin, il est intéressant de signaler l'erreur qui fut commise un instant dans un cas : la tumeur avait été diagnostiquée fibrome, et, le ventre ouvert, la mollesse et l'aspect de l'utérus donnèrent l'impression d'une grossesse méconnue.

Il est difficile d'indiquer des signes assez précis pour prévenir le retour de ces erreurs. On a signalé, à la vérité, une sensation de rénitence statique et même, dans certains cas, de fluctuation vraie. Contrairement à ce qu'on pourrait penser la présence du pus stagnant dans l'organe n'a pas donné lieu aux signes ordinaires de l'infection : la température n'a pas montré les oscillations caractéristiques; les malades n'ont jamais présenté les symptômes de l'hecticité; dans un seul cas, on a signalé une élévation de température vespérale. Il n'est donc pas exagéré, maintenant que la fréquence de la pyométrie est reconnue, de recommander de propos délibéré le *cathétérisme préliminaire de l'utérus, avant toute intervention pour cancer du col.*

Nous recommandons encore les mesures préventives que voici : toutes les fois qu'une malade atteinte de cancer du col est préparée en vue d'une hystérectomie abdominale totale, pratiquer, d'une façon prudente, le cathétérisme de l'utérus. Si le col est atrésié en tout ou en partie, il ne faut pas hésiter à lui rendre sa perméabilité et à drainer l'utérus en y plaçant, avec toutes les précautions d'usage, une mèche de gaze iodoformée.

Si le col est perméable, on pourra néanmoins faire une toilette utérine préliminaire, consistant en injection intra-utérine et drainage.

Si la pyométrie est découverte au cours de l'opération, sa gravité variera suivant le soin plus ou moins grand avec lequel on aura protégé l'intestin; si elle est reconnue avant d'ouvrir l'organe, on essaiera d'éviter cette ouverture en modifiant la technique, ou l'on tentera, en coupant le col très bas, au besoin au-dessous d'un champ ou d'une ligature, d'éviter ou, tout au moins, de restreindre l'écoulement.

Enfin, si la pyométrie n'était reconnue qu'à la section de l'utérus, la seule

indication, dans ce cas défavorable, serait de terminer rapidement cette section, en garantissant le mieux possible les parties avoisinantes, et de drainer largement la plaie opératoire.

Hystérectomie abdominale pour cancer au huitième mois de la grossesse.
(*Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, 1901, p. 14 et p. 88.)

J'ai eu l'occasion d'opérer une malade enceinte qui était atteinte, en même temps, d'un cancer de l'utérus.

J'ai suivi et opéré cette femme au huitième mois; je lui ai fait une hystérectomie abdominale totale après avoir extrait par la *césarienne* un enfant vivant. J'ai suivi de près la malade qui n'a pas tardé à récidiver, alors que l'enfant était mort peu de temps après l'opération. Et, me trouvant alors en possession d'une observation très complexe sur une question qui soulève les plus délicats problèmes qu'on ait à résoudre dans la pratique chirurgicale, j'ai provoqué au sein de la Société une importante discussion sur le traitement du cancer opérable de l'utérus pendant la grossesse : à cette discussion ont pris part les accoucheurs et les chirurgiens.

A peu de différences près, les conclusions de mon travail furent acceptées.

Dans les trois *premiers mois* de la grossesse, la grossesse sera le plus souvent méconnue et la malade sera traitée comme si elle n'était pas enceinte.

Dans la période qui *s'étend de quatre à cinq mois*, il vaut mieux attendre : quelques semaines de plus donneront à l'enfant plus de vitalité sans compromettre trop sérieusement la santé de la mère.

Dans la *dernière période de la grossesse*, l'hystérectomie abdominale totale pratiquée à la fin de la grossesse, au commencement du travail, représente l'opération de choix.

Sur 7 opérations, il y a 6 guérisons pour la mère; 4 enfants ont été extraits vivants, 3 sont morts au moment de l'opération ou n'ont pu être ranimés

Ces chiffres suffisent à prouver la bénignité relative de l'hystérectomie dans ces circonstances, d'autant plus que plusieurs malades étaient, comme la mienne, dans de très mauvaises conditions au moment où l'on est intervenu.

De l'hystérectomie abdominale dans le cancer de l'utérus.
(*Leçons de Clinique chirurgicale*, Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*. Paris, 1904, p. 293.)

L'hystérectomie abdominale permet de faire pour le cancer beaucoup plus que ne fait l'hystérectomie vaginale : elle permet l'ablation des ganglions, la

dissection des uretères et l'extirpation aussi large que possible du néoplasme et de ses propagations immédiate.

J'ai pratiqué de ces opérations très larges et j'ai pu un jour présenter à la Société de Chirurgie une malade sur laquelle pour une tumeur très étendue j'avais été amené à lier l'iliaque interne d'un côté et, de l'autre, l'iliaque primitive.

Malgré cela, je suis devenu plus tard plus réservé au sujet de ces opérations dans le cancer, et, dans une leçon où je précisais mes idées d'alors sur le traitement du cancer, je divisais en trois catégories les indications thérapeutiques du cancer de l'utérus.

1° Il y a des cancers *qu'on ne doit pas opérer :* ce sont les diffusés.

2° Il y a des cancers *qu'on peut opérer :* ce sont les propagés; j'entends ainsi ceux qui, sans être diffusés, ne sont plus absolument limités; la tumeur a dépassé déjà les limites du col et le vagin est envahi à sa partie supérieure. Ceux-là, on peut les opérer, mais il vaut mieux n'y pas toucher.

3° Il est enfin des cancers *qu'on doit opérer :* ce sont les *cancers limités.*

Et dans ce cas, l'hystérectomie abdominale, opération plus extensive, doit être préférée.

Deux observations de déciduome malin.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris,* t. XXXI, 1905, p. 38.)

Pour servir à l'histoire des rapports du déciduome avec la môle hydatiforme, je rapporte ici deux observations où ce rapport est nettement établi.

Sur l'une de mes malades, qui avait eu sept ans avant sa grossesse molaire, je pus, grâce à cette notion, faire plus tard le diagnostic de déciduome, je l'opérai en 1903 et elle est restée depuis en très bon état.

Chez une autre malade, j'ai vu, à quelques mois de distance, survenir le chorio-épithéliome après une grossesse molaire, et cette malade avait déjà, dans le vagin, quand je l'opérai, un de ces noyaux vaginaux qui sont une forme très rare de la généralisation de ces tumeurs. Je dus pratiquer ici, en même temps que l'ablation de l'utérus, l'extirpation de toute la partie supérieure du vagin, et la malade n'a pas encore récidivé.

Il y a donc de grandes différences dans la gravité de ces déciduomes : et les greffes vaginales en particulier ne comportent pas toujours par elles-mêmes un pronostic absolument grave.

A propos de la blessure de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale.
(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXIX, 1903, p. 1143.)

Je n'ai pas encore blessé l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale, mais, à plusieurs reprises, j'ai cru l'avoir coupé.

Deux fois j'ai vu, à la coupe du ligament large, un conduit canaliculé duquel s'échappait un liquide séreux : c'étaient des conduits embryonnaires dépendant du paraovaire.

Une autre fois, j'ai coupé également un gros conduit canaliculé que je crus être l'uretère. Ce n'était qu'une dépendance du corps de Wolf et le kyste que j'enlevais dans ce cas n'était que le développement inférieur de ce canal.

Ces conduits embryonnaires sont donc une cause d'erreur au cours des laparotomies pelviennes.

De l'hystérectomie abdominale dans le prolapsus utérin.
(*XIVᵉ Congrès de Chirurgie*. Paris, 1901, p. 666.
Leçons de Clinique chirurgicale, Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 383.)

Pour le traitement du prolapsus utérin complexe, c'est-à-dire énorme et incoercible ou récidivé, je propose une nouvelle méthode, déjà préconisée par Müller en 1889.

A l'hystérectomie vaginale toujours difficile, souvent meurtrière, je substitue l'hystérectomie abdominale supravaginale. Mon hystérectomie respecte le col, et le col est suturé à l'angle inférieur de la plaie abdominale, d'où résulte une suspension. Plus tard, et quelquefois dans la même séance, je pratique la colpopérinéorraphie, opération toujours nécessaire; de telle sorte que je combine dans une même séance et sur une même malade *toutes* les opérations qui ont été de tout temps proposées isolément pour la cure du prolapsus : une opération de *pexie*, c'est la fixation pédiculaire; une opération *d'exérèse :* c'est l'hystérectomie; une opération de *contention :* c'est la colpopérinéorraphie.

Cette méthode m'a donné de bons résultats qui sont signalés dans la thèse, de mon élève Ardilouze. (De l'hystérectomie abdominale dans le prolapsus utérin. *Thèse de doctorat*, Paris, 1903.)

Nouveau procédé d'hystéropexie abdominale.
(*Semaine gynécologique*, 1896, n 41, p. 321.)

C'est l'application à la fixation de l'utérus du procédé de mon maître M. Guyon pour la néphrorraphie. Ce procédé, dit « à échelon », a l'avantage de

soutenir l'organe à fixer sans le comprendre dans la striction des fils. L'utérus comme le rein, est soutenu par des fils transversaux qui serrent les parties molles de la paroi seulement.

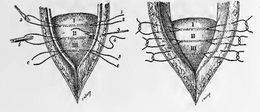


Fig. 58 et 59. — *Hystéropexie.*

Ce procédé m'a toujours donné un bon résultat au point de vue de la solidité de la fixation (fig. 58 et 59).

Pathogénie des kystes tubo-ovariens.

En collaboration avec le Dr Cabaniols.

(Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, 2 juin 1899.
Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, n° 3, 1900, p. 419.)

Ayant eu l'occasion d'opérer deux kystes tubo-ovariens chez une même malade, j'ai cherché à élucider la pathogénie de ces kystes très curieux.

On sait en quoi ils consistent : un gros kyste de l'ovaire est en communication avec la trompe; celle-ci, distendue à l'excès, s'ouvre dans le kyste et fait pour ainsi dire partie intégrante, à tel point que quelquefois le liquide du kyste s'épanche au dehors par l'ostium utérin.

Quelle est la pathogénie de ces kystes?

Je me suis attaché à montrer qu'il y avait parmi eux deux catégories différentes.

Dans une première catégorie, il y a coexistence d'un hydrosalpinx et d'un kyste de l'ovaire : une adhérence se produit entre les deux poches kystiques, et un jour ou l'autre la communication s'établira par le fait de la distension de la paroi.

Dans une seconde catégorie, le mécanisme est beaucoup plus compliqué. Là, la trompe est saine : on la trouve à peine altérée, et je pense qu'une inflammation très limitée toucha une fois le pavillon et le fixa à la surface du kyste. Et celui-ci, poursuivant son évolution, se rompt dans la zone tubaire : le kyste tubo-ovarien sera alors réalisé.

Malgré cette communication, le kyste reste silencieux et ce n'est qu'au cours de l'opération qu'on constate une curieuse particularité anatomique et dont rien jusqu'alors n'avait fait soupçonner l'existence.

Kyste dermoïde tordu chez une enfant de onze ans et demi.

(*Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, 1901, p. 103.)

Observation de deux kystes dermoïdes enlevés chez une petite fille de 11 ans et demi. L'un d'eux était tordu et les accidents observés avaient été attribués à une appendicite. Les kystes pelviens n'étaient pas sentis au palper et la contracture de défense ressemblait à celle de l'appendicite. Guérison.

Kyste de l'ovaire chez une enfant de trois ans.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 789.)

Simple présentation de pièce : c'est un kyste mucoïde de l'ovaire sans lésion que j'avais diagnostiqué, grâce à une mobilité considérable, à l'intégrité absolue de la santé chez cette enfant.

Kyste wolfien du ligament large.

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1896, LXXIe année, 5e série, t. X, fasc. 3, p. 96.)

En procédant à l'énucléation d'un kyste para-ovarien, je trouvai, partant du pôle supérieur de la tumeur, un cordon canaliculé qui se perdait dans la région lombaire. Ce conduit fut sectionné et l'examen histologique montra qu'il se continuait à plein canal avec la poche kystique. Il était tapissé en dedans d'une couche épithéliale cylindrique, et j'ai pensé que ce cordon représentait, par sa direction, le canal de l'époophore, c'est-à-dire la partie inférieure du canal de Wolf (portion sexuelle).

Le kyste s'était développé soit dans le canal lui-même, soit dans un des tubes qui figurent, dans l'organe de Rosenmüller, les dents d'un peigne. Quoi qu'il en soit, c'est un fait de plus à l'appui de la théorie wolfienne des kystes du ligament large.

Kyste de l'ovaire suppuré après infection puerpérale.

(*Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, novembre 1910, p. 365.)

Dans cette communication, j'établis sur des preuves anatomiques cette notion que la suppuration d'un kyste de l'ovaire au cours d'une infection puerpé-

rale s'effectue par l intermédiaire d'une phlébite pédiculaire, qui établit sur ma malade la continuité entre le milieu septique de l'utérus et le contenu du kyste.

Rupture spontanée du pédicule d'un kyste dermoïde.

Rapport sur une observation de Le Moniet (de Rennes).

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXXIV, 1912).

De l'anurie par cancer de l'utérus.

(Leçons de Clinique chirurgicale, Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 323.
Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, 1905.
Zeitschrift für Urologie, 1909, Bd III, H. 4, p. 336.)

J'ai opéré à plusieurs reprises, par la néphrostomie, des malades atteintes de cancer de l'utérus et d'anurie : et j'ai eu dans ces conditions des survies variables comme durée suivant les conditions dans lesquelles était pratiquée l'opération.

Dans ces travaux, je me suis attaché à montrer qu'il y avait des *anuries précoces* qui se produisent relativement de bonne heure avec un cancer qui, quoique propagé, n'a encore que peu retenti sur l'état général, et des anuries *tardives*, *ultimes* chez des malades amaigries, cachectiques, intoxiquées. Dans ce cas, l'opération ne donne qu'un résultat bien médiocre; dans le premier cas, au contraire, j'ai eu des survies prolongées et une de mes malades a vécu ainsi pendant cent cinquante-sept jours après la néphrostomie.

Le résultat sera d'autant plus favorable, c'est-à-dire que la survie sera d'autant plus prolongée, que l'opération aura été relativement plus précoce. Dans certains cas, en effet, j'ai vu des reins ouverts continuer à refuser la sécrétion; la compression avait commencé, la néphrite toxique faisait le reste. Aussi bien j'ai demandé que la néphrostomie fût pratiquée dès les premières manifestations, avant l'anurie, au premier signe de la souffrance rénale chez une malade atteinte de ces cancers pelviens qui, par leur forme et leurs extensions, sont plus que tous les autres portés à faire des compressions sur les uretères.

Une fois, j'ai vu une malade dans cet état : elle avait un cancer pelvien, elle urinait encore, mais un de ses reins était gros. J'eus l'idée de l'opérer par la néphrostomie. Un mois après, les urines se supprimaient par la vessie et cette malade n'urinait plus que par la plaie rénale que je lui avais créée. J'avais donc le droit de la considérer comme en état d'anurie. Or, elle a vécu ainsi pendant 313 jours et je ne dois cette survie plus longue que les autres, qu'à ceci : c'est que j'ai mis, par une néphrostomie précoce, le rein à l'abri de la tension, de la distension, c'est-à-dire de la néphrite toxique, et je réclame à l'avenir cette opération précoce d'où résultera pour les malades une survie prolongée.



FIG. 60. — *Fibrome suppuré au cours de la grossesse.*

Péritonite provoquée par un fibrome au cours d'une grossesse.

(*Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, 1911, p. 186.)

Comme contribution à l'étude de la pathologie des fibromes pendant la

grossesse, je rapporte ici une observation de péritonite causée par la suppuration d'un fibrome (fig. 60). La pièce ici représentée est l'utérus doublé du fibrome enlevé par l'hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Tuberculose des trompes et d'un kyste ovarique.

En collaboration avec le Dr Verliac.

(*La Gynécologie*, juillet 1911, p. 401.)

La pathogénie de la tuberculose annexielle reste toujours discutée ; elle est discutable parce que les faits anatomiques contribuent très peu à l'éclaircir, les

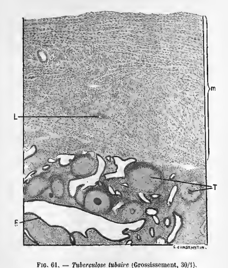


Fig. 61. — *Tuberculose tubaire* (Grossissement, 30/1).
La musculeuse (M) est normale, sauf quelques amas lymphocytaires (L) autour des vaisseaux. Dans la muqueuse dont l'épithélium (E) est normal, sont disséminés des tubercules (T) jeunes non caséeux.

trompes enlevées étant presque toujours trop altérées pour pouvoir servir à un examen de détail. Ayant eu l'occasion d'opérer trois fois des lésions jeunes, tout à fait initiales, nous rapportons ici leur description qui vient plaider d'une façon

très précise en faveur de l'origine vasculaire de l'infection tuberculeuse de la trompe; dans la couche musculaire profonde, en effet, les amas lymphocytaires

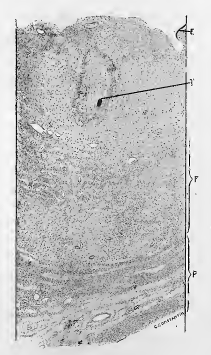


Fig. 62. — *Coupe de la paroi d'un kyste de l'ovaire tuberculeux* (Grossissement 35/1).
A la partie inférieure, les éléments du pédicule (P) vaisseaux et tissu conjonctif ne présentent rien de particulier. La couche conjonctive (F) formée de lamelles de tissu fibreux plus dense à la périphérie, représente la partie externe, normale, du kyste de l'ovaire. La partie interne, limitée en dedans par un épithélium cylindrique bas dont il ne reste que des fragments (E) est formée d'un amas assez lâche de cellules mononucléées au centre desquelles se voit un follicule tuberculeux (T) avec une cellule géante.

sont péri-artériels, l'épithélium de la muqueuse est intact, et les tubercules occupent tous un siège profond (fig. 61).

Dans ces observations, nous comptons un cas de tuberculose d'un kyste ovarique (fig. 62). Ce cas s'ajoute aux quinze autres antérieurement publiés; ici l'extension très prédominante des tubercules à la face interne du kyste nous force encore à admettre, contrairement à Guillemain, l'origine vasculaire.

II

INFECTIONS

De la torsion des salpingites.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, n° 1, février 1898.)

En collaboration avec M. Chabry.

(*Presse médicale*, 1900, n° 37, et *Presse médicale d'Égypte*, 1909, n° 12, p. 135. *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, 1909, p. 346.)

A l'histoire à peine ébauchée des torsions de la trompe kystique, j'ai apporté contribution de nouvelles observations, qui, ajoutées à celles de Bland Sulton, de Hartmann et Reymond, de Delbet ,de Jacoby et d'autres, m'ont permis de préciser certains points concernant l'histoire *anatomique* et *clinique* de cette complication.

Au point de vue *anatomique*, il est à remarquer que l'ovaire ne fait presque jamais partie de ces torsions, qui se font comme toujours dans le sens des aiguilles d'une montre.

La torsion pour se produire suppose quelques conditions : elle doit être *mobile* et sans adhérences inflammatoires. Aussi les salpingites qui se tordent, sont-elles presque toujours des hydrosalpinx.

En outre le pédicule doit être *aminci* et long.

Suivant le degré de la torsion, j'ai pu établir trois catégories à l'aide de mes observations personnelles.

Il y a des torsions *brusques* avec arrêt complet de la circulation veineuse et artérielle et sphacèle complet (fig. 63).

Il est ensuite des torsions *lentes* qui n'entravent que la circulation veineuse et ne déterminent pas le sphacèle complet.

Il est enfin une troisième catégorie, caractérisée par des torsions *lâches*, san



FIG. 63. — *Salpingite tordue avec étranglement.*

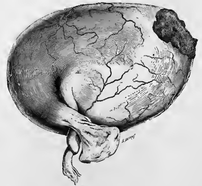


FIG. 64. — *Salpingite tordue sans étranglement.*

étranglement, sans arrêt de la circulation; j'en rapporte un cas très net. Malgré un ou deux tours de spires, la torsion était peu serrée et la circulation continuait normalement dans la trompe (fig. 64).

Au point de vue *clinique*, j'ai montré que le diagnostic était possible dans certains cas, grâce au toucher; celui-ci, en effet, révèle des particularités très différentes du pyosalpinx. La trompe tordue est libre et mobile, quoique très douloureuse; elle est sans empâtement à son pourtour. On peut la circonscrire et la délimiter. Il en est tout autrement avec le pyosalpinx qui est enveloppé dans des zones d'adhérences protectrices, et je vois là un signe différentiel avec la torsion tubaire.

Des grandes collections séreuses pelviennes.

(*Leçons de Clinique chirurgicale*, Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 427.)

A l'aide de quelques observations personnelles, j'étudie ici au triple point de vue de l'anatomie, de la clinique et du traitement ces grandes collections que l'on voit quelquefois se développer au contact des salpingites comme une lésion initiale ou du moins prépondérante.

Elles ne sont qu'une modalité particulière de la réaction de défense d'un péritoine pelvien aux prises avec une infection. Aux confins des grosses adhérences, l'infection arrive atténuée, tamisée en quelque sorte, par les barrières déjà élevées, de l'irritation du péritoine pendant la sécrétion séreuse.

Ces grandes collections, qui contiennent plusieurs centaines de grammes de liquide et remontent parfois jusqu'à l'ombilic, ressemblent beaucoup à une hématocèle ou à un abcès.

Je les ai vues se développer à la suite de l'opération pour ovaire scléro-kystique; il existe donc une variété *post-opératoire* à opposer à la forme *spontanée*, la seule connue jusqu'alors.

Abandonnées à elles-mêmes, ces poches se résorbent difficilement, tellement grandes sont leurs proportions; elles peuvent se rompre. Elles doivent toujours être opérées.

L'incision vaginale constitue le traitement de choix : ce n'est qu'exceptionnellement qu'il sera préférable de les ouvrir par l'hypogastre.

Lorsque, cependant, le diagnostic sera établi, lorsque la poche n'est pas trop volumineuse, il sera possible de réaliser dans la même séance le traitement par la laparotomie de la collection séreuse et des lésions annexielles qui en ont été le point de départ.

Des ruptures des collections tubaires au cours du palper abdominal.

(*Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, mai 1903.)

Il est des péritonites généralisées qui sont la conséquence de la rupture dans le péritoine d'une trompe suppurée. L'intervention, tardive le plus souvent, n'est que palliative, et on ne peut, dans ces cas, que regretter ce retard de l'opération.

Il n'en est plus de même lorsqu'on a l'occasion d'assister à la rupture de la poche et, à plus forte raison, de la causer soi-même. On peut alors faire immédiatement, en temps utile, l'opération nécessaire.

Cette éventualité, je l'ai rencontrée à plusieurs reprises et j'ai, dans cette communication, voulu montrer à l'aide de deux observations personnelles comment on peut au cours du palper abdominal pratiqué même avec douceur rompre une collection tubaire, comment on doit reconnaître l'accident et comment après il faut y remédier.

Dans ces deux cas, la rupture s'est produite dans les mêmes conditions : je faisais moi-même l'examen, je suis donc responsable de la rupture.

Ces poches étaient très fragiles et se seraient rompues au moindre choc.

Dans les deux cas, j'ai reconnu la rupture à deux indices : la perception d'un petit craquement dont la malade elle-même avait conscience, et la disparition brusque et immédiate de la tumeur dont je cherchais à définir les contours.

La laparotomie doit être pratiquée immédiatement : il n'y a que deux exceptions. C'est lorsque la collection rompue est une collection séreuse : la septicité étant moindre, la péritonite n'est pas fatale, et je rapporte un fait où l'expectation n'eut aucun inconvénient. En outre, l'opération n'est pas nécessaire non plus quand la collection s'est ouverte dans l'intestin, ainsi que je l'ai vu une fois se faire sous mes yeux. Mais comme on ne peut reconnaître à l'avance ni la nature séreuse de la collection, ni le lieu de la perforation, je maintiens comme une règle absolue la nécessité de pratiquer de suite la laparotomie lorsqu'on assiste à la rupture d'une collection tubaire ou péri-tubaire.

Des indications de l'opération dans les salpingites chroniques.

(*Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 25 avril 1901.)

Je précise ici les indications de l'opération dans les salpingites chroniques.

Je me base pour opérer : 1° *sur l'état général;* 2° *sur l'état local;* 3° *sur la douleur.*

1° *Indications tirées de l'état général.* *a)* Il faut opérer toujours les *salpingites fébriles;* j'entends ainsi les salpingites qui, en dehors de toute poussée péritonéale, font ou continuent à faire de la fièvre.

b) Il faut opérer aussi les *salpingites phlébitiques :* celles-ci encore sont toujours suppurées.

c) Enfin il faut opérer les *salpingites qui font maigrir;* elles sont, elles aussi, souvent suppurées, et l'opération, en supprimant un foyer d'infection, permettre à l'organisme de se remonter.

2° *Indications tirées de l'état local.* Il est des salpingites pour lesquelles l'indication relève de la lésion elle-même; ici il n'y a plus de manifestation à distance, il n'y a ni fièvre, ni péritonite. Il y a une salpingo-ovarite simple, et dans ses caractères, je trouve souvent de quoi légitimer l'opération.

Ainsi, il faut opérer toujours les *grosses lésions :* toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une grosse salpingite, qu'elle soit ou non kystique, il n'y a aucun avantage à attendre; à condition qu'elle soit observée à froid, l'opération est de suite indiquée. Dans ces grosses lésions, il y a presque toujours de la suppuration, et l'expectation expose les malades à des poussées de pelvi-péritonite à répétition.

Une autre circonstance comporte encore dans l'histoire des salpingites une indication opératoire immédiate, c'est la *fistulisation* de la salpingite dans la vessie ou dans le rectum. Dès que la preuve est faite, qu'un abcès de la trompe est ouvert dans l'un des organes pelviens, il faut ici encore, opérer le plus tôt possible

3° *Indications tirées des douleurs.* Il faut être beaucoup plus circonspect et, surtout dans les petites lésions, n'en venir à l'opération qu'après l'échec de toutes les médications.

De la conservation des ovaires et de l'utérus au cours de l'ablation des salpingites.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 577.)

Quand on opère pour salpingite double, y a-t-il avantage à laisser avec l'utérus un ou deux ovaires après la suppression des trompes, à condition, bien entendu, qu'ils ne soient pas très altérés, ou bien y a-t-il pour la femme avantage à perdre l'un ou l'autre?

A cette question je réponds par les observations de celles de mes malades que j'ai pu revoir et suivre. Or, parmi ces malades, il est un certain nombre de résultats imparfaits, défectueux et qui tiennent à ce que j'ai conservé des utérus altérés ou des ovaires malades. Et de ces faits je conclus que c'est s'exposer à

compromettre le résultat d'une opération que de chercher à faire trop de conservation; on ne devra conserver que des organes vraiment sains, ce qui est toujours d'un diagnostic difficile. Et on ne devra pas oublier qu'une conservation outrée ne vaut jamais une castration complète. Mon élève Gloumeau a développé ces idées dans sa thèse (Résultats éloignés des opérations conservatrices sur les organes génitaux de la femme. *Thèse de doctorat.* Paris, 1906) : cette thèse contient, développées, toutes mes observations.

C'est à un tout autre point de vue que s'était placé mon élève Montana pour sa thèse en 1899 : il envisageait la conservation seulement au point de vue de la procréation et rapportait deux observations de ma pratique de salpingostomie dont une suivie de grossesse. A ce point de vue, l'utilité de la conservation n'est pas discutable chez les femmes qui sont encore en âge d'avoir des enfants.

Du choix de l'opération dans le traitement des inflammations chroniques des annexes.

(*Union Médicale du Canada*, 25 juin 1901.)

Après avoir été autrefois partisan de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des lésions annexielles, j'ai dû l'abandonner et venir à l'hystérectomie abdominale.

Je reproche à l'hystérectomie vaginale deux graves inconvénients; elle est parfois *excessive* et elle est quelquefois *insuffisante*.

Elle est *excessive* en ce sens que souvent elle a conduit à pratiquer l'exérèse de lésions qu'on aurait pu conserver au moins partiellement.

On escomptait des lésions bilatérales et accentuées, et on trouve des lésions partielles, unilatérales, avec un côté intact ou à peu près. Mais de cela on ne s'aperçoit qu'au cours ou qu'après l'opération, alors que, l'utérus déjà enlevé, on est lancé sans arrêt possible dans la voie de l'exérèse complète.

Je dis encore que l'hystérectomie vaginale est *souvent insuffisante;* et ce second grief est tout aussi sérieux que le premier.

Pour être efficace absolument, l'hystérectomie vaginale doit permettre l'ablation totale des annexes malades avec l'utérus. Toutes les fois qu'une partie grosse ou minime de ces annexes est laissée dans l'abdomen, le résultat opératoire n'est pas troublé, mais le résultat thérapeutique est frappé de nullité. La femme continuera à souffrir et, à échéance plus ou moins prochaine, vous devrez faire une opération complémentaire par la laparotomie pour enlever le reste de votre première opération.

Avec l'hystérectomie abdominale, au contraire, *on voit ce qu'on fait*, l'opé-

ration, grâce à la large incision, au plan incliné, à l'écartement de la paroi que je réalise si complètement avec mon écarteur, l'opération tout entière s'effectue sous le contrôle et avec la garantie de la vue.

Dans ces conditions, *on ne fait que ce qu'on veut*, parce que, la vue renseignant mieux que le toucher, on juge, d'un simple coup d'œil, ce que valent les annexes malades, on se décide pour ou contre la conservation, et cela avant que la première entame du ciseau ait rendu nécessaire le sacrifice total.

Enfin, on fait aussi tout ce qu'on veut, c'est-à-dire tout ce qui sera nécessaire. L'hystérectomie abdominale, terme ultime d'une opération complète, opération de correction d'un diagnostic défectueux, permet de faire, quand il y a lieu, une castration totale et d'assurer aux résultats éloignés cette perfection qui les met au niveau de ce que l'hystérectomie vaginale complète donnait depuis longtemps.

Sur trente opérations personnelles, je comptais à ce moment une mort.

De l'hystérectomie abdominale totale dans les inflammations des annexes.

(*XII*^e^ *Congrès français de Chirurgie*, 1898, p. 660.
XIIIe *Congrès français de Chirurgie*, 1899, p. 211.)

A cette époque, alors que l'hystérectomie abdominale venait disputer le terrain à l'hystérectomie vaginale, je communiquais le résultat de mes onze premières hystérectomies abdominales totales suivies de succès. Et je montrais que cette hystérectomie était tantôt une *opération de correction* et tantôt une *opération de nécessité*.

Elle est une *opération de correction* pour les cas où les lésions se présentent plus importantes qu'on ne l'avait pensé, où il faut enlever, contrairement à ce qu'on avait pensé, les deux côtés; elle permet alors d'enlever l'utérus en même temps et d'assurer un aussi bon résultat que par en bas.

Elle est en outre une *opération de nécessité*, car elle seule permet d'enlever certaines poches annexielles particulièrement adhérentes, et dont la décortication n'eût jamais été possible par la voie vaginale.

J'ai continué depuis à appliquer l'hystérectomie abdominale à la plus grande partie des lésions annexielles suppurées et non suppurées. Mes premières observations sont publiées dans la thèse de mon élève Masson (Hystérectomie vaginale et abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes. *Thèse de doctorat.* Paris, 1899).

De la colpotomie dans les suppurations annexielles.

(*Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 25 octobre 1898.)

La colpotomie dans le traitement des annexites suppurées n'est qu'une opération d'attente dont le résultat n'est le plus souvent que temporaire. Elle évacue un foyer et n'est curative que pour les collections à poche unique, ce qui est rare. Et au cas contraire, les lésions de salpingite continuent leur évolution; plus tard, une nouvelle opération, plus complète, l'hystérectomie, devient nécessaire. Je rapporte ici plusieurs observations tirées de ma pratique qui viennent à l'appui de cette affirmation.

Je trace ensuite les indications de la colpotomie : cette opération est très utile toutes les fois qu'une collection supposée chaude se présente avec un accès facile, dans le cul-de-sac postérieur. L'ouverture remédie aux accidents immédiats, permet de relever l'état général et de faire plus tard, en temps utile et sur un terrain refroidi, l'opération plus complète de l'hystérectomie.

De l'appendice en gynécologie.

(*La Gynécologie*, mars 1911, p. 145.)

Dans ce travail je veux revoir après d'autres quel est l'état de l'appendice au cours des diverses affections gynécologiques; je veux rechercher s'il a ou s'il n'a pas des lésions, même dans les cas où ni la clinique, ni même l'opération n'ont permis de penser qu'il y avait en lui quelque altération.

Au cours de toutes les opérations abdominales, j'enlève toujours l'appendice, quel qu'il soit, pourvu que sa recherche ou son ablation n'ait pas pour conséquence d'aggraver sensiblement le pronostic de l'acte opératoire. Quel est l'état de l'appendice dans les 32 cas où nous avons fait l'examen.

1° Je distingue ici les appendices *enlevés au cours d'une laparotomie pour salpingite.*

Ici l'appendice est toujours malade (15 fois sur 16); tantôt (5 fois sur 15), il ne présente que des lésions péritonéales sans lésions muqueuses; tantôt (10 fois

30

sur 15), il présente à la fois des lésions péritonéales aiguës coïncidant avec des lésions muqueuses : celles-ci sont parfois anciennes et préexistantes; d'autres fois elles sont sûrement récentes et consécutives aux lésions péritonéales (fig. 65).

2° Lorsque la laparotomie est faite pour une autre affection qu'une salpingite, comme un *kyste de l'ovaire*, un *fibrome*, une grossesse extra-utérine, on trouve l'appendice normal (23 p. 100 des cas). Dans les autres cas, il présente des lésions banales et dont la relation avec l'affection principale n'est pas évidente.

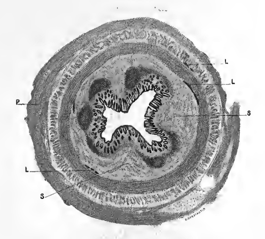


Fig. 65. — *Coupe d'un appendice enlevé au cours d'une salpingectomie bilatérale* (obs. XV) (gros. 20/1). *Lésions périphériques anciennes. Lésions internes aiguës, récentes.*

Sur les lésions chroniques : épaississement scléreux considérable de la couche péritonéale (P), et sclérose de la couche sous-muqueuse (S), s'est greffée une infiltration diffuse de polynucléaires dans la couche sous-péritonéale avec lymphangite (L) dans les couches musculaires et la partie profonde de la sous-muqueuse.

De nos recherches résulte la confirmation des relations étroites des rapports de l'appendicite et de l'annexite, rapports établis par Barnsby, par les Prof. Hartman et Segond.

C'est par la voie séreuse que se fait de l'une à l'autre la propagation des lésions; mais ces lésions peuvent exister, nos recherches le démontrent, dans des cas où rien dans la clinique, rien dans l'aspect de l'appendice n'a permis de

dire qu'il était malade. L'appendicectomie doit donc être le complément nécessaire de la salpingectomie ou de l'hystérectomie abdominale pour salpingite catarrhale ou suppurée (fig. 66).

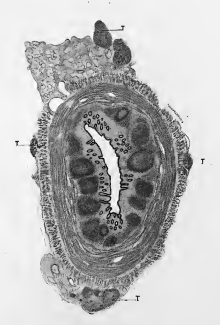


FIG. 66. — *Coupe d'un appendice enlevé au cours d'une salpingectomie double pour tuberculose annexielle et péritonéale* (obs. XVIII) (gros. 20/1).
Inflammation tuberculeuse périphérique de l'appendice. Altérations muqueuses banales d'appendicite chronique.

Au niveau du péritoine appendiculaire, se voient de nombreux tubercules (T). Il en est de même sur le méso-appendice. Les couches musculaires sont normales. La muqueuse ne présente que de légères lésions chroniques, caractérisées par une atrophie glandulaire et une hypertrophie folliculaire peu marquées.

En dehors des salpingites, l'ablation de l'appendice est moins nécessaire : elle constitue au cours de la laparotomie une mesure de sécurité et de prudence.

III

DIVERS

Hernie congénitale et imperforation du vagin.

(*Bulletins de la Société anatomique*, 9 avril 1897.
Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. XXX, 1904, p. 592.)

Quand on est en présence d'une imperforation du vagin, il y a souvent doute sur l'intégrité des organes profonds. Dans ces conditions, la laparotomie exploratrice se présente comme très légitime pour explorer l'état de l'utérus ou des ovaires et décider jusqu'à quel point les opérations autoplastiques sont légitimes. Telle est l'idee que je défends dans ce travail.

Me trouvant un jour en présence d'un cas semblable, j'ai pensé utiliser une hernie inguinale que présentait la malade pour vérifier l'état des organes profonds. En faisant la cure radicale de la hernie, j'ai trouvé, dans son contenu, l'utérus, les ovaires et les deux trompes atrophiées considérablement, tellement qu'il était impossible de faire autrement que de les enlever (fig. 67).

Des ectopies inguinales de l'utérus et des annexes.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIV, 1908, p. 908.
La Gynécologie, 1908, p. 385-414.)

Il y a des hernies de la trompe ou de l'ovaire, qui coexistent avec des malformations de l'appareil génital : cette coïncidence est assez rare.

Mais il est encore dans le cadre des hernies annexielles un autre groupe d'observation plus rare, et plus rarement étudié : c'est celui des hernies avec malformation de l'utérus, de la trompe et des ovaires. Ici, il n'y a pas seulement coïncidence d'une hernie et d'une malformation adjacente : ce sont au contraire les organes herniés qui sont eux-mêmes le siège de la malformation.

Dans un rapport présenté à la Société de Chirurgie à propos d'une observation de de la Torre (de Quito), puis dans un mémoire étendu publié avec mon interne Rais, dans la *Gynécologie*, nous avons fait de ces hernies une étude particulière.

Nous développons cette thèse que la malformation est la cause de la hernie, qu'il n'y a pas hernie *avec* malformation, mais hernie *par* malformation. Le ligament rond attire par erreur à l'extérieur des organes dont la place est dans l'abdomen : il entraîne et constitue ainsi une anomalie et une hernie par excès de migration, et nous proposons le terme d'*ectopies génitales*, pour ces lésions assez rares que nous envisageons au triple point de vue de l'anatomie pathologique, de la pathogénie et de la clinique.

Au point de vue *anatomique*, deux particularités caractérisent les difformités que nous étudions : l'une est l'ectopie proprement dite, l'autre est la malformation des organes herniés et des organes non herniés.

Suivant les cas, il existe entre ces diverses observations quelques différences, malgré les analogies générales qui permettent de les réunir. A ce point

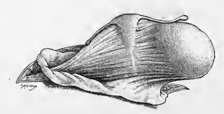


Fig. 67. — *Hernie inguinale de l'utérus, des trompes et de l'ovaire gauche.*
L'ovaire droit est absent, l'utérus atrophié; les trompes sont atrophiées et oblitérées.

de vue nous pouvons, malgré ces différences, établir deux catégories suivant que *l'ectopie est totale ou qu'elle n'est que partielle.*

Au point de vue *pathogénique*, l'adhérence au pubis, la situation en quelque sorte rétropéritonéale des organes herniés, ne peuvent guère se comprendre que par l'action prédominante du ligament rond, même pour les cas où sa constitution visible n'établit pas nettement son influence pathogène Ce sont des « *ectopies par excès de migration* » d'organes qui doivent rester internes, de même que la plupart des ectopies testiculaires sont des ectopies par défaut de migration d'organes qui doivent devenir externes, et le ligament rond est l'agent efficient de l'ectopie et qu'on retrouve presque toujours, comme dans une de nos observations personnelles, fixant solidement l'utérus au pubis.

Peut-on faire le diagnostic de cette variété de hernie? Peut-être : d'abord la malformation vaginale si elle est constatée doit toujours éveiller l'attention. Une

hernie coïncidant avec une malformation vaginale a bien des chances de contenir l'utérus ou les annexes.

Mais en outre la palpation donne une sensation de dureté; quand l'utérus, quoique très petit, est dans la hernie : et puis, l'adhérence de l'utérus au pubis empêche cette impulsion qui est le propre de toutes ces hernies libres; ici, au contraire, par la toux, la hernie revient au pubis, et ce signe, sur lequel Roux a insisté, était très net dans mon observation personnelle.

Au point de vue *thérapeutique*, on a le choix entre la *résection* des organes, quand ils sont altérés, ou trop adhérents, la *réduction* simple lorsqu'elle est possible ou *utile*. Dans le plus grand nombre des cas, c'est à la première opération qu'on aura recours.

Hystérectomie vaginale pour inversion utérine irréductible.

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1894, p. 421.)

C'est la première hystérectomie vaginale faite en France pour une inversion utérine, datant de quatre mois et irréductible, que j'eus à traiter dans le service de mon maître le Prof. Guyon. C'était une inversion totale et complexe, survenue à la suite d'un accouchement. Toutes les tentatives de réduction restèrent sans résultat, et je me décidai à faire l'hystérectomie vaginale qui guérit rapidement la malade.

L'hystérectomie vaginale doit être le traitement de choix de l'inversion utérine dans les cas très rares, il est vrai, où l'irréductibilité résiste à toutes les tentatives : ele est supérieure aux différents procédés de ligature élastique jusqu'alors pratiqués. L'opération est d'ailleurs rendue particulièrement facile par l'état anormal de l'utérus.

Les escarres sacrées consécutives à l'hystérectomie vaginale.

(*Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 1896.)

Mon maître Segond avait déjà signalé et décrit pour la première fois cette complication de l'hystérectomie vaginale dans la thèse de Baudron. Ayant eu l'occasion d'observer deux cas de décubitus acutus sur une première série de quinze hystérectomies vaginales, j'ai à nouveau attiré l'attention sur ce sujet dans une communication au Congrès de Bordeaux.

Précoce dans son apparition, cette complication m'avait paru succéder surtout aux opérations longues et laborieuses; et adoptant les premières conclusions de mon maître, je la considérais comme produite par le tiraillement et l'irritation des filets nerveux, en un mot comme un trouble trophique.

La grossesse tubaire et son traitement chirurgical.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, décembre 1910, p. 822.)

Leçon clinique de vulgarisation à l'usage des élèves. Rien d'original.

A propos de la récidive de la grossesse extra-utérine.

(*Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie.* Paris, 1900, p. 324.)

Au cours d'une discussion sur la récidive des grossesses extra-utérines, j'ai donné le résumé de mes observations personnelles au sujet de l'état des annexes du côté opposé.

Sur 14 laparotomies pour grossesse extra-utérine, au cours desquelles j'ai pu vérifier l'état du côté opposé, je trouve deux fois les annexes du côté opposé absolument saines; quatre fois, au contraire, elles présentent des lésions évidentes qui consistaient : trois fois dans une salpingoovarite catarrhale qu'il fallait enlever, une fois dans un hydrosalpinx, une fois dans un hémosalpinx. Enfin, dans cinq cas opérés pour des accidents aigus en pleine inondation péritonéale, j'ai constaté que la trompe, siège de la grossesse, ne contenait aucune autre lésion que celle résultant de la rupture ou de l'avortement tubaire.

Et de ces faits je conclus qu'il est impossible d'attribuer la grossesse extra-utérine à des modifications inflammatoires ou autres de la trompe.

Et, par conséquent, je m'inscris en faux contre la prétention de certains chirurgiens américains qui, comme Beck et Abel, veulent imposer au cours d'une opération pour grossesse extra-utérine l'ablation de l'ovaire et de la trompe saine. Je ne puis souscrire à cette proposition.

Des fistules recto-périnéales.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1897, n° 5, p. 769.)

Dans ce mémoire, j'ai étudié, à l'aide d'une observation personnelle, les

fistules recto-périnéales consécutives, chez la femme, à une périnéorraphie défectueuse, et j'ai montré l'utilité et l'avantage de l'excision large des tissus fibreux

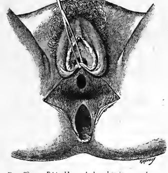


Fig. 68. — *Dédoublement du périnée pour la cure des fistules recto-vaginales inférieures après excision d'une fistule recto-périnéale.*

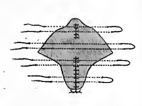


Fig. 69 (schématique). — *Suture isolée des orifices vaginal et rectal après le dédoublement du périnée. Pose des fils profonds.*

qui environnent la fistule et de leur réparation par le dédoublement du périnée.

Le procédé que je préconise est applicable aux fistules recto-vaginales inférieures.

La voie vagino-périnéale dans la cure des fistules recto-vaginales supérieures.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1903, p. 793.
Presse médicale, 26 août 1903, n° 686, p. 10.)

Les fistules recto-vaginales supérieures, celles qui sont situées au fond du vagin, près du col, en haut du cul-de-sac postérieur, offrent au chirurgien des difficultés particulières qui tiennent à l'élévation de la fistule et à la difficulté des manœuvres à ce niveau.

C'est pour le traitement de ces fistules hautes et difficiles que j'apporte ici un nouveau procédé. Je combine, dans la même opération, les avantages que donne la voie périnéale par dédoublement et le jour très considérable que donne *la fente totale du vagin depuis la vulve jusqu'au-dessus de la fistule.* C'est là le point original du procédé qui consiste dans les temps que voici.

Premier temps : Incision transversale entre l'anus et la commissure postérieure; incision plus près de la vulve que de l'anus, comme dans la périnéorraphie.

Deuxième temps : Décollement du rectum et du vagin jusqu'à la fistule (fig. 70).

Troisième temps : Incision longitudinale aux ciseaux de toute la longueur

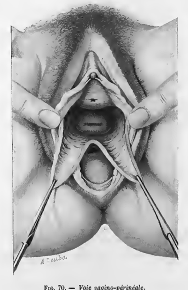


Fig. 70. — *Voie vagino-périnéale.*

2e temps. Fente du vagin préalablement décollé, du rectum jusqu'au dessus de la fistule recto-vaginale.

de la paroi vaginale décollée. A ce moment on a une large brèche, créée par l'écart des lèvres de l'incision vaginale; en haut, se voit l'orifice de la fistule; en arrière, on voit la paroi du rectum dénudé. Grâce au jour que donne cette incision, le décollement est poussé autour et *au-dessus* de la fistule. Dès lors, la fistule est réduite à un seul orifice rectal : l'orifice vaginal se confond avec la fente faite à la paroi postérieure du vagin (fig. 71).

Quatrième temps : Suture isolée, à points séparés et au catgut, de cet orifice rectal. Sur la paroi rectale, la paroi vaginale est abaissée, suturée dans toute sa hauteur; la suture est faite de telle façon que l'accolement soit partout parfait que les muscles releveurs soient suturés en arrière du vagin. La plaie vulvaire est

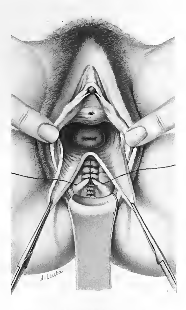


Fig. 71. — 3e temps. *Suture isolée de l'orifice rectal.*

enfin suturée par quelques points de crin de Florence et reste la seule trace extérieure de l'opération terminée (fig. 72).

La suppression du drainage, l'adaptation exacte des plans primitivement décollés, m'ont paru très favorables au succès; je n'insiste pas sur la désinfection préalable du rectum, ni sur la constipation ultérieure nécessaire ici comme dans toutes les opérations de ce genre.

Cette incision de la paroi du vagin m'a paru donner un jour considérable pour ces manœuvres à faire au fond d'un dédoublement mené jusqu'à sa limite supérieure. Elle donne tous les avantages de la voie vaginale et de la section du périnée telle qu'on la faisait autrefois, sans exposer aux mêmes inconvénients. Et j'espère

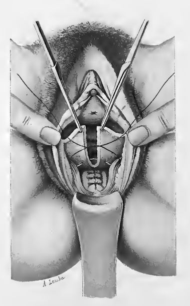


Fig. 72. — 4e temps. *Suture du vagin et reconstitution du périnée.*

que la voie *vagino-périnéale* permettra ainsi d'aborder plus facilement et plus sûrement ces fistules recto-vaginales supérieures qui, jusqu'alors, étaient, par leur siège, plus que toutes les autres, difficiles à atteindre et à bien obturer.

De l'hématocèle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire.

Rapport sur une observation du Dr Jayle.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXV, 1909, p. 125.)

A propos d'une observation concluante de Jayle, j'insiste dans ce rapport sur ce qu'a de trop absolue et de condamnable la doctrine qui fait de l'hématosalpinx la conséquence fatale d'une grossesse tubaire. L'hématocèle peut provenir d'autres causes : cette opinion s'appuie sur des observations très précises.

CHAPITRE IV

ANATOMIE CHIRURGICALE

Anatomie chirurgicale du bassinet et exploration intérieure du rein.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juin et juillet 1891.)

Ce travail a pour but de préciser la forme et la topographie du bassinet dans le sinus du rein; les déductions qu'il comporte ont trait à l'exploration intérieure du rein.

1° La *forme* classique du bassinet « entonnoir » n'est pas aussi constante qu'on le croit (fig. 73). Par de nombreuses dissections, faites à l'École pratique, en 1891, j'ai pu m'assurer que les formes très différentes qu'affecte le bassinet sur chaque sujet, peuvent être groupées en deux catégories que j'ai appelées : le bassinet *ampullaire* et le bassinet *ramifié.*

Le bassinet *ampullaire* est celui qui répond à la description classique.

Le bassinet *ramifié* s'observe beaucoup plus souvent : dans ce cas, en arrivant au hile, l'uretère se divise presque de suite en deux branches, suivant le type dichotomique, l'une supérieure, l'autre inférieure. La supérieure se porte en haut, longue, mince; elle aboutit à deux ou trois calices de l'extrémité supérieure qu'elle aborde après s'être divisée en autant de branches secondaires que de calices, mais très courtes.

L'inférieure, souvent plus large, mais courte, se porte en bas, et aboutit aux calices d'en bas.

De cette branche inférieure naît généralement une branche moyenne, plus petite, plus courte que les autres, horizontale et transversale ou à peu près, qui correspond aux calices de la portion moyenne du rein,

2° La *topographie* du bassinet a une grande importance au point de vue de l'exploration. A ce point de vue on peut considérer le bassinet comme étant à moitié dans le sinus du rein et à moitié en dehors du hile.

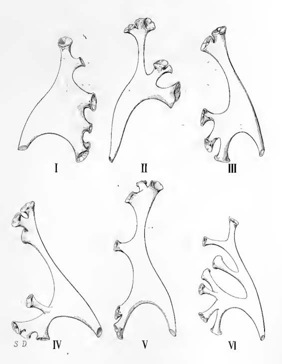


Fig. 73. — *Différentes formes du bassinet.*

La portion *extra-rénale* est, en avant, masquée par les branches vasculaires et surtout par leurs premières ramifications; en arrière, elle est libre au contraire, elle est à découvert et, de ce côté, facile à atteindre.

La portion *intra-rénale*, intra-sinusienne, existe à peine. Elle ne s'avance pas jusqu'au fond du sinus, elle ne vient pas au contact de la substance du rein, elle en est éloignée de toute la longueur des branches de bifurcation du bassinet;



FIG. 74 et 75. — *Radiographies de bassinets injectés à la pâte bismuthée pour montrer les différences de leurs formes et leurs rapports avec le sinus du rein.*

et elle en est séparée par les branches des vaisseaux qui, du plan antérieur au bassinet, vont passer en arrière de lui en contournant son bord externe.

L'incision du bord convexe ne peut donc atteindre qu'un bassinet *dilaté*. Sinon elle ouvre le sinus du rein avant d'atteindre le bassinet.

La situation du cæcum chez l'enfant.

(*Bulletins de la Société anatomique*, 5e série, t. V, 1892, p. 55 à 69.)

Pendant mon internat dans le service de mon maître le Prof. Lannelongue, à Trousseau, j'eus l'occasion de voir un petit malade atteint d'un phlegmon périrénal droit avec des fusées purulentes dans l'épaisseur de la paroi abdominale et jusque vers la région inguinale. Ce ne fut qu'au cours de l'autopsie que fut définie la nature de ce phlegmon : c'était une appendicite perforante, le cæcum était situé au-devant du rein.

Quelle était la fréquence de cette situation du cæcum, et jusqu'à quel point

cette anomalie devait-elle entrer en ligne de compte dans les prévisions de la clinique?

Mes recherches ont porté sur cent cadavres d'enfants : elles ont abouti à des considérations intéressantes sur la disposition du cæcum à cet âge. Je n'en retiens que ce qui a trait à la *situation* de cette portion du gros intestin.

Dans 25 cas, le cæcum siégeait à la partie postérieure de la fosse iliaque, fixé au-dessous du rein, près de la crête iliaque, loin de la paroi abdominale antérieure; dans 6 cas, il était franchement prérénal.

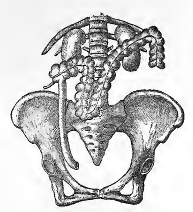


Fig. 76. — *Cæcum et appendice en situation prérénale.*

Sa direction y est quelquefois transversale, le fond regardant à droite avec l'appendice qui dépasse le bord externe du rein. Le cæcum, en cette situation, se met donc en rapport avec le foie, plus particulièrement avec la fossette dite colique. Le côlon ascendant n'existe pas : le côlon transverse, trop long pour l'espace qu'il a à parcourir, se plisse en son milieu. L'intestin grêle chemine dans la fosse iliaque d'avant en arrière, prenant la place et la disposition normale du côlon ascendant chez l'adulte.

Dans d'autres cas, plus rares (13 p. 100), le cæcum était descendu dans le petit bassin, entre la vessie et le rectum, ou au-dessus du ligament large ou du fond de l'utérus chez les petites filles.

La disposition du péritoine varie suivant les cas; les principales dispositions

que nous avons trouvées sont les suivantes : 1° enveloppement complet du cæcum, et du côlon ascendant (huit fois); 2° enveloppement complet du cæcum, et d'une moitié seulement du côlon ascendant (moitié des cas); 3° enveloppement complet du cæcum avec mésocôlon pour le côlon ascendant (45 p. 100); 4° enveloppement incomplet du cæcum et du côlon (6 cas).

Toutes ces dispositions, en apparence disparates, ne sont que les degrés différents d'une même évolution; ce sont, pour le péritoine, des anomalies par excès ou par défaut de coalescence du péritoine viscéral au péritoine pariétal; et, pour le cæcum, des arrêts dans sa migration descendante. Toutes ces anomalies peuvent également persister et s'observer chez l'adulte; j'en rapporte quelques exemples, entre autres celui d'un cæcum très mobile et situé dans la fosse iliaque gauche.

Tous ces faits expliquent les variétés signalées depuis dans la situation des abcès péricæcaux (variétés postérieure, haute, etc.,); ils sont, depuis, devenus classiques et ont souvent trouvé dans la pratique leur vérification.

Des aponévroses de la paume de la main.

En collaboration avec M. Juvara.

(*Bulletins de la Société anatomique*, mai 1892, p. 383.)

Dans ce travail, j'ai étudié, après Maslieurat-Lagémard et Grapow, le système fibreux de la paume de la main. A l'aide de nombreuses dissections, j'ai pu confirmer les données classiques sur plusieurs points et, sur d'autres, ajouter de nouveaux détails.

Le feuillet superficiel présente trois ordres de fibres terminales :

1° *Des fibres allant à la peau des doigts et de la main.* — L'adhérence de ces fibres est tellement serrée avec la face profonde du derme que la dissection, même sur le sujet normal, en est difficile; les fibres qui vont à la peau des doigts sont, au contraire, toujours très faciles à reconnaître. On les voit s'étaler sur toute la largeur de la face antérieure de la première phalange (face profonde de la peau), mais elles sont surtout marquées sur les bords de cette face, à son union avec les faces latérales du doigt, où elles forment deux petits trousseaux fibreux facilement disséquables. Ce sont ces fibres, niées par Malgaigne, qui sont les premières atteintes dans la rétraction de l'aponévrose palmaire.

2° *Des fibres allant à l'aponévrose profonde.* — Dès la moitié de la hauteur de la paume de la main, des fibres se détachent obliquement du faisceau principal vertical pour s'étager de haut en bas dans la portion correspondante de l'espace intertendineux.

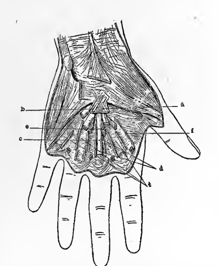


Fig. 77. — *Creux palmaire : l'aponévrose superficielle a été enlevée.*

a et *b*. Faisceaux do renforcement de l'aponévrose superficiello ; ils-naisssent du bord inférieur du ligament annulaire ; la partie superficielle, celle qui se continue avec le tendon du petit palmairo, a été enlevée. — *c*. Tendon du médius conservé dans sa loge. — *d*. Coupes des lamelles péritendineuses, qui forment sur ses côtés la gaine tendineuse. La lamelle externe remonto moins haut que l'interne. — *e*. Le lombrical né du tendon s'engageant dans sa gaine. — *f*. Lamelle péritendineuse externe du tendon de l'index. — *t*. Gaines fibreuses des autres tendons.

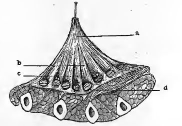


Fig. 78. — *Coupe horizontale et transversale de la paume de la main au-dessous de sa moitié inférieure : segment inférieur de la coupe.*

L'aponévrose superficielle a été préalablement détachée du ligament annulaire et relevéo par un crochet. On voit en *b* et *c* se détacher de cette aponévrose les fibres péritendineuses, qui vont former les gaines dont on aperçoit les orifices supérieurs ou d'entrée. En *d*, on voit les fibres internes et externes se continuer sous le tendon en adhérant à l'aponévrose profonde.

Tout ceci montre comment le système fibreux de la paume de la main forme un tout continu dont les éléments ne peuvent être dissociés que pour les besoins d'une description; elle montre comment la solidarité des différents plans, superficiel, moyen et profond, de l'aponévrose palmaire est établie par des fibres antéro-postérieures, et par des fibres transversales. Dès lors, il devient facile de comprendre la complexité de la maladie de Dupuytren, l'inefficacité, pour la traiter, des simples sections et la nécessité, au contraire, d'une excision complète de toutes les parties atteintes.

Cette description a été adoptée et reproduite par le Prof. Poirier dans son *Traité d'Anatomie*.

Anomalie de la main.

(*Bulletins de la Société anatomique*, 27 février 1891, p. 135.)

Il s'agit d'un cas rare, peut-être unique, d'anomalie congénitale de la main : sur un sujet de l'École pratique, j'ai trouvé les cinq doigts fléchis et inclus dans la paume de la main. Ces doigts étaient réduits à leurs deux premières phalanges.



Fig. 79.

La peau recouvrait l'ensemble de ces phalanges sans marquer leurs interstices : la main avait l'apparence et la forme d'un moignon. On voyait, d'ailleurs, dans la paume de la main, un noyau cicatriciel qui s'enfonçait dans les parties profondes. C'est un cas d'amputation congénitale précoce, probablement par bride amniotique. La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

TITRES ET FONCTIONS

DEUXIÈME PARTIE

TRAVAUX ET PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

(LISTE CHRONOLOGIQUE)

TROISIÈME PARTIE

RÉSUMÉ ANALYTIQUE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

CHAPITRE PREMIER

UROLOGIE

CHAPITRE II

CHIRURGIE GÉNÉRALE

III. — **Chirurgie abdominale**.. 177

CHAPITRE III

GYNÉCOLOGIE

CHAPITRE IV

ANATOMIE CHIRURGICALE

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

B

C

D

L

M

N

O

P

R

S

T

U

TABLE DES FIGURES